FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

17

Année 1906 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Novembre 1906, à 1 heure

PAR

Marcel DUCROS

RECHERCHES

SUR

La Valeur des Troubles Psychiques

DANS LES MALADIES DU CŒUR

Préident : M. DEBOVE, *professeur*

Juges { MM. BOUCHARD, *professeur*
JEANSELME, *agrégé*
CARNOT, *agrégé*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
BONVALOT-JOUVE
15, RUE RACINE, 15

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TERRIER BERGER RECLUS
Clinique ophtalmologique	De Lapersonne
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	BUDIN PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKI
BALTHAZARD	DUPRE	LEGRY	PROUST
BRANCA	DUVAL	LEGUEU	RENON
BEZANÇON	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BRINDEAU	GOSSET	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BROCA (André)	GOUGET	MAILLARD	des travaux anat.
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBE	MERY	VAQUEZ
DEMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent tre considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur onner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE, A MON BEAU-PÈRE

ET A MA SŒUR

A MA FAMILLE ET A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON REGRETTÉ MAITRE

M. LE DOCTEUR BAX

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens

A MONSIEUR LE DOCTEUR PEUGNIEZ

Professeur de Clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOULONGUET

Professeur de Pathologie externe
Directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens

A MONSIEUR TUFFIER

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur
Externat Beaujon, 1902-1903.

A MONSIEUR REYNIER

Chirurgien des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Externat Lariboisière, 1903-1904

A MONSIEUR SAVARIAUD

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR MAYGRIER

Accoucheur des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Externat Charité, 1906

A MONSIEUR TAPRET

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Externat Lariboisière, 1904-1905-1906

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'honneur

RECHERCHES

SUR

LA VALEUR DES TROUBLES PSYCHIQUES

Dans les Maladies du Cœur

INTRODUCTION

Avant de commencer l'étude des troubles psychiques dans les maladies du cœur nous tenons à exprimer à notre excellent maître M. le Dr Tapret notre vive reconnaissance pour tous les renseignements dont il a bien voulu nous éclairer au sujet de ce travail et pour les deux excellentes années que nous avons passées comme externe dans son service de Lariboisière.

Nous prions aussi M. le professeur Debove d'accepter nos plus sincères remerciements pour avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Les troubles cérébraux ont été étudiés bien des fois avant nous au cours des cardiopathies, et des

auteurs bien connus ont, à plusieurs reprises, insisté sur cette question, nous n'avons donc pas la prétention de produire quelque chose de nouveau ; trop heureux serons-nous si notre faible travail vient jeter quelque lumière sur la cause de ces troubles, en somme assez compliqués et dont la pathogénie, nous le verrons tout à l'heure, est souvent bien difficile à résoudre !

Les troubles cérébraux peuvent se manifester dans toutes les cardiopathies, mais avec des formes qui varient suivant le siège de la lésion avec une intensité qui marche pour ainsi dire parallèlement au degré de compensation, l'âge de la maladie et la déchéance de l'état général du cardiaque. En mettant à part les troubles intellectuels légers et partiels que l'on trouve chez les aortiques on observe chez les mitraux un affaiblissement progressif de l'intelligence, affaiblissement qui augmente pour devenir en quelque sorte chronique chez les hyposystoliques, qui aboutit avec l'asystolie au délire final et se termine dans le coma ou par la mort.

Nous chercherons donc à montrer que ces troubles psychiques se trouvent sous la dépendance de la maladie de cœur, mais nous verrons à propos de la pathogénie que la question est difficile. Au reste il serait risqué de ne voir là qu'une entité morbide relevant du cœur seul, il nous faudra tenir compte des troubles mécaniques et physiologiques qui retentissent sur tout l'organisme par suite d'une lésion cardiaque.

La question de terrain et des prédispositions individuelles et héréditaires auront également une grande importance, et il est certain que les névropathes, les hystériques, les surmenés intellectuels, seront prédisposés à présenter des désordres cérébraux.

Nous insisterons également sur le rôle antitoxique du foie dans l'économie sur l'importance de la perméabilité urinaire.

Nos observations personnelles sont peu nombreuses, mais il faut tenir compte de ce fait que, si les cardiaques sont très nombreux, les cardiaques cérébraux le sont beaucoup moins et nous avons recueilli le plus possible d'observations à ce sujet. Toutefois nous avons examiné très sérieusement deux de nos malades et nous en avons pu obtenir des conclusions intéressantes au point de vue pathogénique.

Enfin nous tenons à parler, avant d'entrer définitivement dans notre sujet, de l'importance des troubles cérébraux chez les cardiaques en médecine légale. Nous verrons tout à l'heure que des malheureux en proie au délire peuvent devenir des impulsifs, être poussés au crime, au suicide, à des entreprises dangereuses pour l'avenir de leur famille; et à propos du diagnostic nous verrons également qu'il est des cas où il est difficile de les différencier de certains déments ou de paralytiques généraux dont l'irresponsabilité ne saurait être mise en doute. C'est là une question très grave et sur laquelle nous ne saurions trop attirer l'attention.

Nous prions également le lecteur de vouloir bien nous pardonner les quelques redites que nous avons été forcé de faire au cours de ce travail et de tenir compte de la difficulté du sujet.

HISTORIQUE

L'histoire du délire cardiaque n'a commencé qu'au début du siècle dernier. On trouve bien dans les auteurs anciens que les cardiaques sont sujets à l'insomnie et aux cauchemars (*Somnia terrifica*) mais la valeur de ce symptôme n'attire pas davantage leur attention.

Corvisart, en 1806, est le premier qui ait véritablement bien analysé les troubles encéphalopathiques au cours des maladies du cœur. La description qu'il en fait est frappante d'exactitude clinique. Il marque de façon magistrale les étapes que parcourt successivement le cardiaque cérébral pour aboutir au délire final et nous avons cru devoir reproduire *in extenso* le passage suivant :

« Les anévrismes du cœur présentent trois degrés et voici à chaque degré les troubles cérébraux que l'on observe : Au premier degré le malade éprouve des étourdissements fréquents, des éblouissements, il sent des vapeurs chaudes qui semblent monter de la poitrine vers la tête. Le malade est triste, impatient, irascible, la céphalée est d'ordinaire fréquente et opiniâtre. Au deuxième degré les étourdissements plus fréquents sont suivis de lipothymies avec un sentiment

de constriction à la gorge comparable à une boule hystérique.

« Le sommeil est interrompu la nuit par des rêves effrayants avec réveil en sursaut. Le malade, grondeur, toujours mécontent, versatile dans ses volontés, de plus en plus impatient, s'irrite violemment contre le plus léger obstacle, à la moindre contrariété. Au troisième degré le malade est dans un abattement inexprimable ; il a du délire nocturne, à peine peut-il mouvoir ses membres, il ne peut goûter un instant de repos ; dès qu'il s'endort il se réveille en sursaut, une anxiété continuelle le tourmente au point qu'un désespoir souvent furieux le porte à désirer et à demander la mort et lui fait recouvrer l'usage de ses membres affaiblis pour tenter de se la donner. »

Et un peu plus loin nous trouvons encore ce passage : « Les troubles cérébraux ont lieu pour trois causes : Engorgement sanguin, œdème et épanchement aqueux, altération du sang artériel devenu noir.

Mais c'est surtout avec Nasse en Allemagne et Stockes en Angleterre quelques années plus tard que la question étiologique et pathogénique commence à se préciser.

Nasse fait remarquer la fréquence du désir de la vengeance, de la propension au crime ou au suicide, des passions violentes au cours des maladies du cœur.

Il cherche surtout à montrer la coïncidence de la folie et des cardiopathies. Pour lui la folie cardiaque est une folie sympathique.

Cette théorie a eu du reste de nombreux partisans. *Burrows* se range absolument à l'avis de Nasse. Pour lui la folie et les maladies du cœur sont étroitement liées. *Sennert,* avec de nombreuses observations à l'appui, note la fréquence des affections cardiaques chez les fous ; Bonet Amatus Lusitanus, tendance au vol et aux crimes. Sœmering, Cruishanck, Lieutaud ont trouvé des vices organiques du cœur chez des gens morts de folie. Larrey Meckel, Testa, Osiander, Davy, Kreysig font les mêmes remarques à l'autopsie des criminels.

La théorie de Nasse est à nouveau reprise par Loiseau en 1855 qui insiste surtout sur l'existence de la folie sympathique. Guislaini, 1826 (*Traité sur l'aliénation mentale*), constate l'existence de la folie cardiaque. Si elle existe elle peut être influencée par une lésion de quelque autre organe. Dans ce cas elle est sympathique mais elle a toujours pour cause primitive un mauvais fonctionnement du cerveau et il ajoute : « Les maladies du cœur sont-elles dans l'aliénation mentale causes ou effets ou bien ne sont-elles qu'accidentelles au trouble intellectuel ? » En somme pour lui il est difficile, sinon impossible, de distinguer dans ce cas l'effet de la cause et inversement.

Plus tard Rostan incrimine les affections des artères cérébrales dans le ramollissement cérébral.

Dufour, en 1875, publie 61 observations d'autopsies d'aliénés, 44 avaient des lésions du cœur. Law, en 1840, est le premier qui étudie l'influence de la circulation sur le mauvais fonctionnement du cerveau. Pour lui,

la diminution de l'afflux sanguin au cerveau dans les affections du cœur et dans les lésions aortiques surtout est la principale cause des perturbations intellectuelles. En 1844 Charcellay (*Annales médico-psychologiques*) signale également l'influence de la circulation sur le développement des troubles cérébraux, il insiste particulièrement sur l'importance du rôle que joue la chlorose et publie à l'appui l'observation d'une femme chlorotique avec délire systématisé.

A la même époque Sauceroth (*Influence des maladies du cœur sur les fonctions intellectuelles et morales de l'homme*) publie 30 observations de malades chez qui il voit survenir des troubles intellectuels avec hallucinations terrifiantes ; il signale en particulier le délire de la persécution avec accès de mélancolie, surtout aux périodes d'asystolie, l'extrême développement de la sensibilité morale chez la plupart des individus atteints d'hypertrophie du cœur. Pour cet auteur il y a action réciproque du cœur sur les pressions et des pressions sur le cœur.

Morel, en 1852, trouve à l'autopsie des malades suicidés à la suite de lypémanie des lésions valvulaires ; il dit que les maladies du cœur causent fréquemment les affections mentales ; il signale à ce propos la recrudescence des troubles intellectuels au cours des hyposystolies avec œdème et dyspnée : « J'ai, dit-il, souvent constaté le retour périodique d'idées systématisées bizarres, de tendances hypochondria-

ques et d'hallucinations spéciales coïncidant avec l'augmentation de l'obstacle à la circulation. »

Ce sont surtout les insuffisances valvulaires qui prédisposent le plus aux anxiétés avec tendance au suicide.

Morel, cherchant de plus près les causes qui peuvent déterminer les troubles cérébraux dans les maladies du cœur, arrive à cette conclusion pathogénique la plus logique. L'accomplissement des fonctions cérébrales est lié à la présence de la circulation. La circulation peut être troublée par suractivité ou ralentissement et le sang lui-même peut être vicié dans sa quantité et sa qualité, devenant ainsi impropre à la nutrition des organes.

En 1854 *Falret* (*Leçons cliniques de médecine mentale*), reprenant les idées de Nasse, trouve que le nombre des lésions cardiaques chez les aliénés est exagéré et *Griésinger*, en 1865, constate tout d'abord que les affections du cœur sont peu communes chez les aliénés, il combat nettement les opinions de Nasse et de ses élèves. Les troubles de la circulation semblent jouer un rôle important dans l'évolution de la folie: « Tantôt c'est l'anémie, tantôt c'est l'hyperhémie dont le cerveau est le siège qu'il faut accuser. »

De Marcé, quelques années auparavant, avait considéré la chlorose et l'anémie comme « deux états qui favorisent singulièrement le développement de la folie (*sanguis moderator nervorum*), il incrimine l'impulsion violente du ventricule gauche, les stases sanguines avec congestion passive du cerveau et dans

l'anémie un appauvrissement considérable du sang.

En 1868 Maurice Raynaud (*Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*) décrit l'excitation maniaque causée par altération du cœur, il insiste particulièrement sur ce fait que dans les lésions aortiques les accidents cérébraux augmentent dans la station verticale du fait de l'anémie. Autrement il lui semble difficile de faire la part de l'anémie et de la congestion ; il signale les délires hypochondriaques, les hallucinations, les idées systématisées, le délire ambitieux.

Burman, en 1873, note avec Nasse la coïncidence des maladies du cœur chez les aliénés et leur fréquence dans les asiles ; il considère la folie hypochondriaque comme le vrai type du délire cardiaque, il y joint le délire des soupçons avec propension à la dépression et aux idées de persécution.

Duroziez et Cloetta ont publié des observations de délire chez des cardiaques à la suite de l'administration de digitale.

Dans ses *Cliniques médicales* de 1877 M. le professeur Peter insiste tout d'abord sur la fréquence de l'asystolie et des troubles cérébraux à la suite de l'hyperhémie cérébrale créée par la stase veineuse, mais frappant surtout des cerveaux très excitables. Les couches corticales ne peuvent pas s'hyperhémier sans qu'il en résulte des troubles de la pensée et l'excitation de ces couches est due précisément à la facile excitabilité du cerveau de ces individus.

Wilkowsky, 1878, note chez des malades atteints

d'hypertrophie du ventricule gauche l'apparition de symptômes d'agitation et d'excitation maniaque coïncidant avec l'exacerbation des troubles cardiaques.

Hirtz (*In* thèse : *Manifestations cérébrales dans les affections cardiaques*) décrit surtout le délire au cours des affections mitrales, délire souvent doux, tranquille, augmentant progressivement avec les progrès de l'asystolie, revenant surtout la nuit et aboutissant presque toujours au coma, par conséquent signe de mort prochaine.

Et à propos de l'insuffisance aortique, reprenant les opinions de Potain et Rendu qui prétendent que les troubles intellectuels sont le fait de l'anémie cérébrale et surtout d'une circulation irrégulière du cerveau, il ajoute : « La faible tension qui existe dans le système artériel permet des oscillations et des déplacements de pression dont souffre surtout la circulation cérébrale. Le résultat final, que l'on ait affaire à une affection aortique ou mitrale, est un trouble de nutrition de l'écorce cérébrale. Quant à l'influence du délire nocturne il pense avec Potain qu'il faut invoquer une exacerbation sous l'influence du sommeil qui en émoussant l'innervation du cerveau en émousse également les facultés.

Duriez, dans sa thèse de 1879, se range surtout à l'idée de Germain Sée qui insiste surtout sur le traitement et le diagnostic : « Dans le doute il faut se laisser guider sur l'état de la circulation veineuse et capillaire de la face et du cou ; il divise les accidents cérébraux en deux classes : primordiaux et ultimes.

Germain Sée, en effet, fait une limite bien nette entre les troubles qui relèvent de l'ischémie cérébrale et ceux qui se rattachent à l'hyperthermie et à l'œdème du cerveau. Il insiste surtout sur un diagnostic difficile et intéressant, celui de l'urémie : « Il faut bien rechercher si les troubles cérébraux observés sont sous la dépendance de l'intoxication urémique ou s'ils résultent de l'asthénie cardio-vasculaire et des troubles circulatoires de l'encéphale. »

Et à propos du traitement, s'il y a hyperhémie : Stimuler la sécrétion urinaire et combattre la congestion. Drastiques, digitale, émissions sanguines.

S'il y a olighémie : strychnine, caféine, quinquina. Todd pour stimuler la contraction cardiaque.

En 1880, Fabre formule les conclusions suivantes relatives aux caractères de la folie chez les cardiaques : « Intelligence peu atteinte, troubles concentrés surtout sur la sensibilité morale et sur la volonté. Esprits rarement hallucinés et qui, s'ils éprouvent des hallucinations, y répondent immédiatement par des actes. Caractères rarement épanouis et ambitieux, le plus souvent tristes et mélancoliques et concentrés, toujours violents ou bien mélancoliques et violents à la fois, ce qui conduit ces pauvres malades à frapper les autres ou à se tuer eux-mêmes. Le suicide est ici beaucoup plus fréquent que les violences.

Et il insiste surtout sur l'importance de l'insuffisance aortique.

La même année Muratti cite les expériences de P. Bert et Brown-Séquard, il incrimine l'acide carbo-

nique comme ayant une action excitante et toxique sur les centres nerveux, il résulte de ce fait une hyperidéation qui peut facilement s'embrouiller et causer le délire ; et ici la théorie de la prédisposition individuelle se vérifie d'autant plus que dans un organisme cardiaque rien ne vaut plus rien et le cerveau affaibli par une mauvaise nutrition ne demande qu'à mal fonctionner.

L'année suivante, D'Astros (Th., Paris, 1881) passe en revue les troubles cardiaques au cours des différentes maladies du cœur. Il semble faire jouer un rôle important au nervosisme antérieur, à l'hystéricisme vrai, à l'hystérie franche.

Toutefois il reconnaît également que les maladies de cœur sont souvent la cause de démence ou tout au moins d'affaiblissement intellectuel.

Il étudie les troubles délirants au cours de l'asystolie et se range à l'avis de Morel, il signale également le délire médicamenteux de Duroziez.

Pour lui, le délire cardiaque n'existe guère que comme phase ultime de la maladie du cœur, le plus souvent le malade conserve son intelligence intacte jusqu'à la fin.

La même année Bagoz décrit le délire chez les mitraux à la dernière période de la maladie, dû à la stase veineuse et aux altérations consécutives de l'écorce cérébrale, délire nocturne surtout, doux et tranquille le plus souvent, augmentant progressivement jusqu'à la mort.

Duplaix, en 1882, cite le cas d'une femme qui était

atteinte de lésion mitrale double, insuffisance et rétrécissement présentant des crises d'asystolie terminées par la mort et s'accompagnant du délire de la persécution.

En 1885, Harrighton et Douty (*The Lancet*) disent que la folie typique de l'insuffisance aortique est la manie délirante avec tendance à la colère.

Mickle, en 1888, a observé plus de 200 malades porteurs de lésions cardiaques.

Voici à peu près quelle est son opinion. Pour lui les cardiopathies légères, peu marquées et récentes, ne causent jamais de troubles intellectuels assez évidents pour qu'il y ait lieu de les mettre en ligne de compte. Il dit encore n'avoir recueilli aucune observation de maladie mentale consécutive à des lésions encore élémentaires. Il insiste surtout et avec raison, croyons-nous, sur l'influence presque exclusive des maladies mitrales, il signale la tendance à l'abattement, à l'hypochondrie, aux idées de persécution, et Parrant, en 1889, reprenant cette théorie, prétend que ces malades tombent très facilement dans la démence.

Roulland, dans un article paru dans le *Poitou médical*, 1890, sur les folies dites cardiaques se montre plus sceptique à l'égard des troubles cérébraux d'origine cardiaque : « Il serait exagéré d'appeler cardiaque tout trouble mental qui se produit dans le cours des cardiopathies, étant donné surtout qu'il n'est pas une seule forme de vésanie dite cardiaque qui présente une marche spéciale, un carac-

tère particulier. » Il cite le cas d'un malade qui au cours d'une hypertrophie du cœur avec lésion aortique et mitrale est pris de claustrophobie, il craint sans cesse que les portes soient fermées au verrou, n'est tranquille que s'il les voit grandes ouvertes ; il a également de la nyctophobie, on a beau lui allumer les lumières il est désolé en pensant qu'il fait nuit dehors, ne peut s'endormir et meurt dans cet état. Quoique le Dr Roulland conclue en ces termes : « On ne doit pas trop légèrement enregistrer les folies sympathiques et appeler cardiaques des syndromes délirants où le cœur n'occupe qu'une place secondaire », il nous semble au contraire que dans ce cas on ait le droit d'incriminer les lésions du cœur et les troubles circulatoires concomitants puisque les troubles de l'intelligence ont coïncidé avec les lésions cardiaques.

Roulland fait de ce malade un dégénéré non héréditaire, « un de ces malades qui héritent d'eux-mêmes », il est difficile de comprendre pourquoi ces troubles de l'intelligence ne seraient pas sous l'influence du cœur si le malade n'avait pas de prédispositions héréditaires, et précisément la coïncidence avec l'exaspération de la maladie du cœur et des troubles cérébraux serait bizarre sinon inexplicable.

Le professeur Ball, en 1890, reprend l'étude de cette question et lui consacre une clinique. Il dit que les folies cardiaques sont rares mais reconnaît qu'elles existent : « Les vraies vésanies, les affections mentales proprement dites sont peu communes chez

les cardiaques malgré les troubles de la circulation cérébrale résultant des affections du cœur », et plus loin : « En tout cas il existe des délires passagers se manifestant soit au cours d'une cardiopathie, soit à la période ultime de cette maladie, pouvant cesser par un traitement approprié ou marquant le stade ultime et aboutissant à un coma qui lui-même se terminera par la mort. »

Enfin Fauconneau, sous l'inspiration du professeur Ball, fait sa thèse sur la folie cardiaque et nous lui empruntons ses conclusions : « Dans le cours des maladies du cœur il peut se produire des troubles psychiques qu'il est impossible de rattacher à une autre cause qu'à ces dernières maladies. Ces troubles psychiques sont assez constants et assez identiques à eux-mêmes dans les différents cas pour former un syndrome clinique auquel on peut donner le nom de folie cardiaque. Parmi ces symptômes on remarque des impulsions qui peuvent devenir irrésistibles et par conséquent atténuer ou même annuler la responsabilité de l'individu.

Nous avons emprunté au Dr Follet une observation publiée dans le *Bulletin scientifique et médical de l'Ouest*, 1898. Il fait jouer le principal rôle à l'infection : « L'infection peut être la cause provocatrice de l'endocardite et de la réaction cérébrale, une cardiopathie peut alors, par les troubles qu'elle entraîne, jouer un rôle mais un rôle secondaire au même titre que toute autre cause prédisposante : hérédité, surmenage intellectuel. »

Bouillaud, Stockes, Grisolle, Valleix ont également signalé la torpeur intellectuelle, la stupeur, le coma comme symptômes des troubles vasculaires de l'encéphale consécutifs aux affections cardiaques.

Constantin Paul, à propos du rein et du foie cardiaques, signale également le cerveau cardiaque avec céphalalgie, vertiges, insomnies, cauchemars terrifiants.

Grasset avait déjà très bien décrit auparavant les hallucinations et l'excitation maniaque.

M. le Dr Merklen, à propos du cerveau cardiaque, donne comme cause des troubles psychiques comateux et respiratoires la rétrostase veineuse, mais pour lui ces troubles sont sous la dépendance de névroses provoquées ou réveillées : L'hystérie commune dans les affections mitrales, l'épilepsie ; les troubles vésaniques que l'on observe chez les héréditaires et les prédisposés, même quand les lésions sont encore bien compensées (tristesse, irascibilité, mélancolie, tendance au suicide). C'est surtout un délire avec idées tristes et réveillé par l'exacerbation des lésions.

Dans une deuxième catégorie il cite les accidents cérébraux dus à l'embolie et aux thrombus ; dans le ramollissement mitral il y aurait hydropisie ventriculaire et stase veineuse du cerveau, et M. Merklen ajoute : « Il y a peut-être action toxique par non-élimination des poisons et des toxines. » Ajouter à cela l'insuffisance rénale et hépatique expliquant la difficulté étiologique et pathogénique du problème des accidents cérébraux de certaines cardiopathies.

Enfin le même auteur termine par la folie cardiaque : « Insomnie, agitation, cauchemars, hallucinations de la vue et de l'ouïe, idées mélancoliques et de persécution, délire de paroles et d'action surtout la nuit. Délire typique au moment de l'asystolie avec alternatives de dépression et d'excitation. »

M. Huchard cite deux observations de délirants cardiaques et montre les bienfaits du régime lacté dans ces cas, mais l'opinion de l'auteur est formelle au sujet de l'individualité du délire cardiaque : « Quand même ces deux malades auraient présenté de l'albumine dans les urines je n'en persisterais pas moins dans mes conclusions tout en faisant remarquer quelques-unes des analogies existant entre ces délires toxiques des cardiopathies artérielles et les folies brightiques dont on a donné quelques exemples concluants dans ces derniers temps. »

Troubles cérébraux observés au cours des lésions aortiques

Nous commencerons par étudier les troubles cérébraux observés chez les aortiques parce qu'ils diffèrent de ceux que l'on rencontre chez les mitraux sauf aux périodes d'asystolie, et en somme parce qu'ils ont peu de gravité, qu'ils sont caractérisés surtout par leur intermittence et peuvent souvent passer inaperçus. Tant que la lésion aortique en effet est bien compensée, ils sont excessivement rares, ne prennent pour ainsi dire jamais la forme délirante bien qu'on ait pu en citer quelques exemples.

D'une façon générale chez tous les aortiques ayant présenté des altérations de caractère nous retrouvons presque toujours les mêmes symptômes.

Nous ne parlons pas, bien entendu, de ces troubles mécaniques tels que vertiges, bourdonnements d'oreilles, obnubilations passagères de la vue, céphalée, etc.

Ce qui nous frappe surtout c'est le changement qui peut survenir dans le caractère des cardiopathes aortiques. Sans raison apparente le plus souvent, d'une façon soudaine ils deviennent versatiles, changeants

dans leurs résolutions ou leurs idées, pour un rien ils entrent dans des colères violentes.

Ils sont agités, éprouvent un perpétuel besoin de mouvement, ne se trouvant bien nulle part. Leur caractère est agressif, ils sont capables dans leur colère d'aller jusqu'à frapper les personnes de leur entourage et même les parents qui les touchent le plus près. Quelquefois même cette irritabilité leur fait perdre toute raison et toute mesure, et on en a vu chercher à commettre des crimes ou bien encore, ayant passagèrement perdu tout raisonnement, mettre fin à leur propre existence par le premier moyen qu'ils trouvent. Témoin, par exemple, ce malade, atteint d'insuffisance aortique, qui s'absente un moment pendant qu'on voulait lui administrer un médicament et va se précipiter de la fenêtre de son grenier. Témoin encore cet autre également atteint d'insuffisance aortique, en traitement à Lariboisière salle Bazin : jamais il n'a voulu répondre à nos questions, c'est à peine s'il se laissait ausculter. Un jour qu'il avait à prendre une potion à l'iodure il entra dans une violente colère, la première fois qu'il en goûta brisa la bouteille, répandit son contenu et ne voulut prendre aucune nourriture de toute la journée.

Toutefois si la violence du caractère est fréquente chez les aortiques on observe également quelquefois une impressionnabilité exagérée ; le moindre bruit est pour ces malades un objet de souffrance ; la moindre contrariété leur fait de la peine ; on en voit se mettre

à pleurer si on essaie de les contredire même pour les consoler. Hirtz cite une malade atteinte d'insuffisance aortique qui est devenue d'une prévenance et d'une impressionnabilité exagérées. La moindre contrariété l'emeut vivement, elle s'anime très facilement, raconte toujours les mêmes épisodes de sa vie et verse quelquefois des pleurs.

Une autre, citée par Limbo, ressent vivement toute contrainte ; elle est sujette à certaines attaques pendant lesquelles, conservant sa connaissance, elle perd l'usage de ses membres et de la parole. Citons enfin ce malade d'Armaingaud atteint de rétrécissement aortique et devenu impressionnable à l'excès ; un jour il apprend par une lettre un revers de fortune, immédiatement il se laisse tomber sur un fauteuil en proie à des convulsions cloniques des quatre membres mais sans perte de connaissance, sans écume à la bouche, sans cyanose de la face. Des sanglots suivis de larmes abondantes terminent la crise.

Ce qui est à remarquer c'est que ces malades ne sont pas déments dans l'intervalle de leurs accès et même pendant, ils se rendent parfaitement compte de ce qui se passe autour d'eux ; rien n'échape à leur esprit sans cesse inquiet et en éveil ; ils se rappellent parfaitement ce qui leur est arrivé et, quand ils sont redevenus calmes, ils déplorent leur état, font des excuses à ceux qui les soignent pour leur avoir fait de la peine. Du reste ils éprouvent une sorte de soulagement à raconter leurs maux ; ils sont toujours à parler de leur état de santé avec une affectation qui

les a fait comparer à ces hystériques qui éprouvent le besoin de raconter à tout venant les accidents de leur maladie.

Et précisément on a cherché à rapprocher ces troubles de l'hystérie et même à en faire une forme de l'hystérie (voir thèse de D'Astros, 1881, *Hystérie* et *hystéricisme cardiaques*), il est vrai que ces troubles s'accompagnent quelquefois à s'y méprendre de crises absolument semblables à celles des hystériques.

Témoin ce malade d'Armaingaud : c'est un capitaine de vaisseau atteint d'insuffisance aortique. « Cet homme est d'une irritabilité exagérée, la moindre émotion le désoriente complètement, son caractère est non seulement irritable, capricieux, fantasque comme celui d'une femme hystérique, d'une heure à l'autre il passe sans motifs de la joie à la tristesse, de la vivacité la plus ardente à l'apathie la plus complète » ; et ce n'est pas tout : « Un jour il est pris d'une attaque d'hystérie à la suite d'une conversation sur un sujet triste : Douleur à l'épigastre, sensation de boule remontant le long de l'œsophage puis défaillance qui l'oblige à se coucher, et enfin mouvements cloniques des quatre membres suivis d'une explosion de larmes et émission d'urines nerveuses, claires et abondantes. Ces crises se sont reproduites sept à huit fois par semaine.

C'est là évidemment un exemple probant de crise hystérique, mais il faut remarquer d'autre part que cet homme n'a jamais présenté auparavant ni symptôme ni crise d'hystérie. C'est de plus un homme —

et un ancien marin qui a toujours été habitué à une vie pénible et dure — et l'hystérie se manifestant pour ainsi dire comme maladie essentielle pour la première fois au déclin de la vie sans s'être jamais révélée auparavant est difficile à accepter, faut-il admettre une prédisposition latente qui ne demandait qu'à se réveiller à la première déchéance de l'organisme ? Peut-être, mais on est forcé de reconnaître aussi la coïncidence de ces troubles avec une lésion grave du cœur, et on est en droit d'en faire une dépendance de cette maladie.

En résumé ces troubles que nous venons d'énumérer sont heureusement fort rares, tout au moins tant que la lésion est bien compensée ; il est vrai que les lésions aortiques se compensent en général bien et souvent très longtemps. De plus ils cèdent le plus souvent au traitement en même temps que s'améliore la lésion du cœur.

Reste maintenant à essayer d'expliquer la cause de ces troubles.

Troubles cérébraux observés au cours des lésions mitrales

Nous venons d'étudier les troubles cérébraux observés au cours des lésions aortiques, et nous avons vu qu'en général ils étaient passagers et bénins. Nous allons voir maintenant qu'il existe également des troubles de l'intelligence au cours des lésions mitrales même sans que la lésion soit avancée et déjà grave ; que ces troubles sont en général plus tenaces et plus fréquents que chez les aortiques ; qu'ils peuvent même devenir permanents et aller progressivement jusqu'à un délire plus ou moins nettement systématisé. Toutefois comme le délire vrai se manifeste la plupart du temps aux périodes d'asystolie, qu'on ait affaire à des aortiques ou à des mitraux, nous le réserverons pour ce dernier chapitre.

Chez les mitraux comme chez les aortiques on trouve surtout des modifications du caractère. Seulement au lieu d'être violents et irritables les mitraux sont au contraire apathiques, incapables de réagir contre cette sorte d'asthénie morale qui les envahit, ils sont très impressionnables au sens strict du mot.

La plupart du temps ce sont des hypochondriaques.

Et en effet ces pauvres malades, surtout les jeunes, deviennent brusquement sombres et taciturnes. Au lieu, d'être violents et d'aimer le déplacement ils fuient la société, restent à l'écart, ne veulent plus voir personne, les visites de leurs parents et de leurs amis leur sont une véritable obsession et une fatigue. Quelquefois même cette apathie devient complète. Limbo cite le cas d'une jeune femme de vingt et un ans atteinte de rétrécissement mitral : « Elle est, dit-il, tombée plusieurs fois dans un état de tristesse et de mélancolie durant lequel elle refuse de se mettre à son travail. Alors elle demeure toute la journée dans sa chambre, assise dans un coin, les yeux tournés et fixés vers la terre, dans un mutisme complet, refusant souvent toute nourriture et paraissant étrangère à tout ce qui l'entoure. Dans l'intervalle de ces accès elle accuse parfois une grande oppression et des palpitations de cœur. »

Souvent cette tristesse inexplicable, véritable lypémanie, peut se transformer dans une crainte irraisonnée, en une terreur absolument injustifiée des malades à l'égard des êtres et des objets qui les entourent : C'est un malade atteint de claustrophobie et qui n'est tranquille dans sa maison que si toutes les portes en sont grandes ouvertes. C'en est un autre qui ne peut rester dans une chambre que si elle est fortement illuminée. L'approche de la nuit le rend triste, taciturne. La seule idée que la rue n'est

plus éclairée le plonge dans la plus grande inquiétude.

Mais jusqu'ici il n'y a que des idées tristes ou une terreur irraisonnée et sans motif, et nous verrons que cette lypémanie prend souvent la forme délirante. Au fur et à mesure que la lésion cardiaque devient plus grave, que l'organisme s'affaiblit le raisonnement lui aussi semble « se désagréger », si on peut employer cette expression, l'idée triste devient permanente et non plus passagère, le délire dès lors est établi.

Et en effet on voit des malades qui ne sont ni des fous ni des délirants, ils sont tristes, affectés de leur maladie au dernier point, ils refusent tous les soins qu'on veut leur prodiguer, tout médicament et toute nourriture, car ils ont peur de devenir plus malades. Nous n'en sommes pas encore à l'idée de persécution, mais on peut dire que ces cardiaques sont prédisposés au délire de la persécution. Un jour ils se figureront qu'on veut leur mort ou qu'on cherche à les empoisonner, et cette idée, les hantant sans cesse, s'implantera définitivement chez eux et ils feront du délire.

Mais nous l'avons déjà dit, le délire est au cerveau ce que l'asystolie est au cœur et il est rare qu'il survienne avant la période terminale de la maladie. Jusqu'ici, et nous l'avons observé à l'hôpital, nous avons affaire à des individus avec prédominance d'idées tristes. C'est une lypémanie simple sans délire ou tout au moins sans délire apparent et qui en tout cas, s'il existe, passe inaperçu.

Ce qui caractérise en résumé les cardiaques mitraux, c'est cet état particulier d'abattement et de dépression intellectuelle poussé à l'extrême ; une véritable asthénie morale dont ils se rendent compte mais contre laquelle il leur est impossible de réagir absolument comme un neurasthénique est souvent impuissant à surmonter des idées noires.

De même que l'irritabilité des aortiques cède à l'efficacité du traitement, de même aussi cette lypémanie, bien que plus tenace, n'est pas forcément incurable. Elle peut, nous l'avons vu, survenir au début de la maladie du cœur mais souvent aussi elle est heureusement passagère et ne se manifeste surtout qu'avec les exacerbations de la maladie. Je connais un cardiaque qui devient triste et ne veut plus voir personne dès qu'il ressent la moindre angoisse précordiale ou le moindre essoufflement ; il connaît du reste fort bien son état, il se met au lait, prend deux pilules de Lancereaux et quelques jours après il est redevenu très gai et très affable.

Pathogénies de ces trouble chez les aortiques et chez les mitraux

Ce qui frappe le plus dans la symptomatologie des troubles cérébraux observés chez les aortiques c'est, nous l'avons vu, la soudaine modification qui survient dans leur caractère ; il est certain que par leur intermittence, leur disparition momentanée avec retour intégral de la fonction cérébrale ils se rapprochent beaucoup des troubles qui surviennent chez les hystériques ; de plus, et nous l'avons vu aussi, ils s'accompagnent souvent ou se terminent par une crise hystériforme.

Toutefois nous avons lu attentivement les observations des malades cités par D'Astros (Thèse de D'Astros, 1881) à propos de ce qu'il appelle l'hystérie cardiaque. Il est à remarquer que ces accidents coïncident toujours avec une exacerbation de la lésion cardiaque. Il sont annoncés ou terminés par une douleur précordiale, des palpitations, des vertiges et de la tendance à la syncope. Un malade à la suite d'une émotion éprouve une violente douleur précordiale, aussitôt son humeur change et il devient insupportable ; un autre a de temps en temps de violen-

tes palpitations et à chaque fois il éprouve de la paresse intellectuelle, un affaiblissement de la mémoire allant jusqu'à l'oubli complet, puis, les palpitations cessant, il recouvre son aptitude au travail. Par conséquent il faut bien admettre dans ces cas que lésion cardiaque et troubles de l'intelligence marchent de pair.

De plus, fait qui semble encore diminuer l'importance du rôle joué par l'hystérie, c'est que la plupart des malades cités à ce sujet sont des hommes ; il est évident cependant que l'on ne saurait nier les faits et que bien souvent, nous le répétons, ces troubles ressemblent à ceux de l'hystérie ; par conséquent on est forcé d'admettre que tout en laissant à la lésion cardiaque la première place elle n'est peut-être pas la seule cause de ces désordres cérébraux, mais qu'elle contribue à réveiller un état qui ne faisait que sommeiller. C'est en tout cas une question assez difficile à résoudre et il faudrait mieux connaître s'il existe entre le cœur et les centres corticaux par l'intermédiaire des pneumogastrisques des liens assez étroits pour qu'un de ces organes ne pût être lésé sans que l'autre ne s'en ressentît immédiatement. Et à ce sujet nous rappelons sans nous y étendre d'avantage la théorie de Nasse en Allemagne à propos de l'influence de la folie sur le cœur et D'Astros, dans sa thèse, étudie pendant tout un chapitre le rôle de la folie sur le cœur et du cœur sur la folie.

En tout cas il nous semble que l'on peut tout au moins s'appuyer sur des phénomènes probants et

pouvant suffire à eux seuls à expliquer que des troubles cérébraux peuvent se développer au cours d'une lésion aortique.

Tout d'abord une lésion aortique plus que toute autre entraîne une anémie générale de tous les organes ; les fonctions hématopoïétiques s'accomplissent mal, il en résulte nécessairement aussi une mauvaise nutrition du cerveau et partant un retentissement considérable sur les fonctions de la cellule cérébrale. Ce n'est évidemment qu'une cause secondaire dont on ne se préoccupe guère tant que la lésion est bien compensée et qui, le plus souvent, n'inquiète pas le malade mais qui peut néanmoins avoir son importance.

Bien plus important par contre nous semble le rôle de l'anémie cérébrale mécanique qu'entraîne fatalement l'insuffisance aortique, et nous n'hésitons pas à croire qu'elle est la vraie cause des désordres cérébraux.

Nous avons vu en effet que certains malades n'éprouvent de troubles du côté du cerveau que lorsqu'ils sont debout, ils se trouvent beaucoup mieux dès qu'ils sont dans la position horizontale. Cette anémie cérébrale agit donc d'une façon purement mécanique en privant le cerveau d'un afflux de sang assez considérable pour le travail qu'il a à fournir. La preuve en est dans les troubles qui se manifestent au début tant du côté de la pensée que de la mémoire. Nous avons parlé plus haut du

malade d'Armaingaud, capitaine de vaisseau atteint d'insuffisance aortique.

Cet homme ne peut se livrer à aucun travail intellectuel tant qu'il est dans la position verticale sans éprouver un léger vertige, dès qu'il s'étend au contraire le travail de la lecture ou de la pensée lui devient relativement facile ; l'irritabilité de son humeur et sa tendance à tout envisager sous le plus mauvais jour surviennent surtout lorsqu'il était resté plus longtemps debout que d'habitude. Dans une autre observation d'Armaingaud il s'agit encore d'un malade qui, dès qu'il est resté debout plus de dix minutes, ne peut se livrer à un travail intellectuel même très léger sans éprouver des éblouissements ; il se trouve au contraire dans un bien-être relatif dès qu'il garde la position horizontale.

Ces exemples semblent, on le voit, suffisamment probants. Peut-être pourrait-on encore invoquer l'influence de l'athéromasie cérébrale si fréquente dans les lésions aortiques, mais ici encore on peut dire que ce n'est plus qu'un effet d'une même cause, et la lésion aortique, avec les perturbations mécaniques qu'elle entraîne, paraît bien suffisante à expliquer les désordres cérébraux.

Pathogénie des troubles cérébraux observés dans les lésions mitrales

Il paraît plus difficile d'interpréter les accidents qui surviennent chez les mitraux. On a vu que les aortiques sont pâles et que les mitraux ont une tendance à la cyanose. Ce n'est un doute pour personne que la congestion cérébrale passive est le propre de ces malades, et les autopsies de mitraux montrent le plus souvent une congestion intense du cerveau. Faut-il incriminer chez eux cette congestion, cette stase veineuse, comme nous avons accusé tout à l'heure l'anémie chez les aortiques.

Il est certain qu'un cerveau gorgé de sang veineux doit forcément mal fonctionner, mais il est probable aussi que la question est plus complexe, et il ne suffit pas d'invoquer des phénomènes purement mécaniques. Il est bon de répéter aussi au sujet des mitraux que les troubles cérébraux que nous avons signalés sont rares. Tous les mitraux sont des congestifs, c'est entendu, et pourtant beaucoup d'entre eux conservent leur intelligence lucide.

En tout cas ce qui est certain c'est que ce sang veineux constitue une véritable anémie par asphyxie cérébrale ; il est de plus chargé d'acide carbonique et nous verrons tout à l'heure à propos du délire

quels sont les effets de ce gaz sur le cerveau. Nous ne voulons pas anticiper sur ce chapitre, mais nous rappellerons que les accidents des mitraux sont en général tenaces et assez marqués, qu'ils aboutissent souvent au délire, et nous ne pouvons nous empêcher de les rapprocher de ces petits accidents partiels et passagers de l'urémie qui aboutiront fatalement eux aussi un jour ou l'autre à la grande attaque d'urémie.

Il n'y a donc pas là, semble-t-il, une simple raison mécanique, il y a une question d'intoxication progressive de tout l'organisme et le cerveau en souffre au même titre que le foie ou le rein. Plus la lésion mitrale avance en âge, moins le cœur suffit à sa lourde tâche, et plus aussi les phénomènes qui se passent du côté de l'intelligence deviennent graves.

Maintenant pourquoi en général les aortiques sont-ils violents et les mitraux déprimés ? C'est là un fait d'observation clinique mais nous le répétons c'est une règle qui admet des exceptions et nous pourrions également en signaler, en tous cas la question est trop difficile à résoudre et nous en avons inutilement recherché la raison.

Folie dite cardiaque

Nous venons de voir quels sont les troubles cérébraux pouvant se manifester au début et au cours

des maladies de cœur, et avant de passer au délire qui caractérise surtout les périodes d'asystolie nous allons voir si ces symptômes du début en général passagers et fugaces peuvent devenir permanents, s'installer d'une façon définitive, constituer une idée fixe à l'exclusion des autres et déterminer la folie cardiaque.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de l'influence du cerveau sur le cœur, et nous nous contenterons de signaler cette opinion émise en Angleterre par Burman, en France par Dufour, que les lésions valvulaires ou cardiaques sont très fréquentes chez les aliénés et chez certains paralytiques généraux.

Ce qui nous intéresse surtout c'est de voir quel rôle une maladie de cœur peut jouer sur le développement de la folie.

En 1818, Nasse, en Allemagne, est le premier qui ait accusé le cœur de produire la folie : « Les cardiaques ont le désir de vengeance, la propension au crime, au suicide, aux passions violentes. » Grésinger au contraire considère le rôle du cœur comme étant très exagéré. Pour Guislain également les folies cardiaques sont très rares. Burman constate que c'est dans la paralysie générale et la mélancolie avec manie des persécutions et prédominance d'idées tristes et impulsives, que l'on rencontre les lésions du cœur.

Fauconneau, en 1881, dans sa thèse *Sur la folie d'origine cardiaque*, publie l'observation de plu-

sieurs malades ayant, dit-il, nettement présenté des signes de démence cardiaque.

Etudions quelques-unes de ces observations :

1re Observation. — Caractère irritable et humeur sombre correspondant aux exacerbations de la maladie chez une femme de quatre-vingts ans, atteinte d'hypertrophie du ventricule gauche.

2e Observation. — Hallucinations : fantômes blancs se reproduisant à différentes reprises. Intelligence nette.

3e Observation. — Malade religieux qui commet une foule d'actes extravagants sous prétexte qu'il doit assurer le bonheur de la France.

4e Observation. — Malade qui se lance dans d'aventureuses spéculations pour donner ensuite toute sa richesse aux pauvres.

Et Fauconneau publie ainsi une vingtaine d'observations. Tout d'abord il est à remarquer que dans ces observations les malades éprouvent ces dérangements d'esprit, surtout aux périodes d'exacerbation de la maladie cardiaque et que ces troubles ne durent que peu de temps ; il semble donc que l'on ait affaire à des conceptions délirantes partielles, mais qui ne sont pas à proprement parler une folie véritable. De plus le second malade a des hallucinations, et on n'est pas fou pour avoir des hallucinations et son intelligence est nette, ce qui concorde bien mal avec l'idée qu'on se fait de la folie.

Il est vrai que nous trouvons plus loin des observations plus concluantes de folie. Tel ce Belge qui,

aux Champs-Elysées, se promène tous les jours, se croit fermement en Belgique, et se rend à la Chambre des députés de son pays.

Nous avons encore une observation de Muratte dans laquelle un malade trouve tout naturel de prendre son assiette en guise de tapis, il se promène en chemise avec sa ceinture autour du corps, croyant avoir mis son pantalon.

Il est certain que l'on peut dire de ces malades qu'ils sont réellement fous, mais ces cas sont rares.

Il s'agirait de savoir au juste ce que l'on entend par folie cardiaque et quelles sont les limites entre un délire partiel et une folie vraie, et, à ce sujet, nous ne pouvons passer sous silence cette phrase de M. le professeur Ball qui pourtant à Sainte-Anne consacra des cliniques à l'étude de la folie cardiaque : « Les vraies vésanies, les affections mentales proprement dites sont peu communes chez les cardiaques, malgré les troubles de la circulation cérébrale résultant des affections du cœur ; il ne faut pas confondre en effet la folie cardiaque avec les troubles d'esprit qui se montrent chez un cardiopathe et qui se manifestent à la période ultime de la maladie » et plus loin : « Il existe des délires passagers se manifestant soit au cours d'une cardiopathie, soit à la période ultime de la maladie. »

Mais, en admettant qu'une folie cardiaque existe et on ne saurait le nier absolument puisqu'il en existe des exemples, il faudrait encore prouver que le cœur est la cause principale, sinon unique du développe-

ment de cette folie, et l'avis des auteurs est loin d'être formel à ce sujet. Le professeur Peter dit : « L'hyperhémie frappe des cerveaux d'une certaine qualité, des cerveaux très excitables dont les couches corticales ne peuvent pas s'hyperhémier sans qu'il en résulte des troubles de la pensée et dont peut-être les couches corticales s'hyperhémient à un plus haut degré et plus spécialement que les autres portions de l'encéphale, précisément en raison de la facile excitabilité du cerveau de ces individus. »

Et cette hyperhémie peut dépendre d'une foule d'accidents en dehors de toute lésion cardiaque. Fauconneau cite comme causes prédisposantes les traumatismes du crâne, les insolations, les maladies antérieures à forme cérébrale, ou bien les causes morales, émotions, chagrins prolongés, la surprise d'un événement triste et imprévu. Il est certain que ces accidents, survenant chez des individus prédisposés, à tempérament nerveux, peuvent causer la folie, mais dans ce cas même quand il y aurait coïncidence de maladie de cœur, il faudrait pouvoir prouver que c'est d'elle surtout que dépend l'éclosion de cette folie et précisément rien n'est certain.

En somme tout en admettant la possibilité d'une folie cardiaque, il est certain que les vraies observations en sont très rares. On a rarement affaire à une démence assez longue pour être une véritable folie, mais bien plutôt à des conceptions délirantes qui ne durent pas, ou peu de temps. Enfin le rôle de la lésion du cœur est trop souvent peu important pour

devenir la seule cause déterminante. On a, en effet presque toujours affaire à des individus d'une intelligence cultivée, à cerveau plus ou moins surmené, à des hystériques ou à des neurasthéniques. Nous dirons donc que dans ces cas une maladie de cœur à exacerbations plus ou moins vives et plus ou moins répétées peut parfaitement réveiller ces prédispositions cérébrales qui étaient latentes, mais alors le cœur ne constitue pas à proprement parler une véritable cause et le nom de folie cardiaque paraît exagéré. Qui nous dit en effet que chez ces individus une autre maladie ne serait pas capable de favoriser l'explosion de la folie au même titre qu'une lésion mitrale ou aortique ? C'est bien possible d'autant plus que ces malheureux, sachant leur état grave, ont l'esprit toujours inquiet, étudient leur maladie sous toutes ses phases, en connaissent trop souvent le pronostic. Que dans ce cas ils deviennent assez préoccupés pour en perdre la raison et commettre des actes incohérents c'est bien compréhensible, qu'ils soient atteints d'une maladie de cœur ou de quelque autre mal incurable le résultat sera toujours le même. Nous le répétons le nombre des fous est relativement minime en comparaison des maladies de cœur, et la plupart du temps ceux qui deviennent fous étaient destinés à le devenir.

Du Délire dans l'Asystolie

Ces troubles passagers des aortiques et des mitraux ne sont bien souvent que les prodromes d'un état cérébral qui va devenir beaucoup plus grave, nous voulons parler des conceptions délirantes et même du délire que nous allons étudier, et que l'on rencontre surtout aux périodes d'asystolie. Toutefois il est bon de dire que l'on peut trouver des cardiaques dont la lésion est encore parfaitement compensée et qui font du délire à la suite d'une émotion ou de palpitations, ou chez lesquels on constate, en même temps qu'un peu de cyanose et de congestion cérébrale, de l'œdème malléolaire mais ils sont la grande exception et c'est pourquoi nous n'avons pas cru devoir leur consacrer un chapitre spécial. Du reste au point de vue symptomatologique ils ne diffèrent en rien des délirants asystoliques.

Nous avons vu que le malade cardiaque, sujet à des troubles cérébraux, se rend le plus souvent compte de la fausseté de ses idées, quelquefois même il arrive à les surmonter, mais à mesure que la lésion s'accentue, que le cœur devient plus faible ces troubles deviennent eux aussi plus fréquents. Souvent un

malade paraît hanté par une même préoccupation qui revient sans cesse, en même temps il devient oppressé, ses jambes augmentent subitement de volume il est cyanosé et l'entourage déjà inquiet est tout à coup saisi de l'entendre tenir des propos incohérents et sans suite : le délire s'établit quelquefois partiel et intermittent mais pouvant aussi être continu d'emblée et ne se terminer qu'avec la mort.

Nous allons donc étudier ce délire suivant ses formes et son intensité variables avec les malades.

Il est bien rare que le délire survienne d'emblée surtout chez les mitraux ; il est annoncé le plus souvent par des prodromes assez nets. D'abord au point de vue général l'état est mauvais, la cyanose de la face, l'œdème des membres inférieurs et l'infiltration de la paroi abdominale sont considérables. Le pouls est faible et les bruits du cœur difficiles à percevoir en un mot le malade est en pleine asystolie. A ce moment les malades qui vont faire du délire ne dorment plus ou leur sommeil est troublé par de fréquents cauchemars. Le caractère, dont nous avons étudié plus haut les sérieuses modifications, change à nouveau. Les malades sont dans leur lit s'agitant et jetant leurs membres de tous côtés. Leur parole est brève et saccadée, ils ont des absences de mémoire dans leurs conversations. En même temps ils se plaignent de sensation de chaleur à la tête, quelquefois de céphalée intense, comme notre malade du numéro 12 de la salle Bazin chez lequel on ne put jamais calmer le mal de tête. La face est rouge, vul-

tueuse. Ces symptômes durent en général quelques heures au bout desquelles le malade se met franchement à délirer.

Au point de vue de l'intensité du délire on a décrit trois formes principales : *Le délire à forme bénigne* est ordinairement un délire calme. Le malade se laisse aller à une rêvasserie dont il est difficile de le tirer, ou bien quand on l'interpelle brusquement il vous regarde d'un air hébêté comme s'il sortait d'un songe, il semble écouter avec attention, et on est étonné par l'incohérence de ses réponses, se rapportant habituellement à des préoccupations professionnelles. Notre malade de l'observation XIV nous a présenté au début un délire analogue. Très calme, il nous demandait souvent pourquoi on le retenait à l'hôpital, convaincu qu'il était très bien portant.

En résumé on a affaire le plus souvent à des délirants calmes, pas dangereux et ne présentant que de l'incohérence dans leurs idées.

Le délire peut être plus accusé, il peut être assez grave d'emblée, mais le plus souvent au bout de quelques jours il devient plus accentué. A ce moment le délire ne se manifeste plus seulement par des idées mais aussi par des actes. Comme tout à l'heure, le malade divague, marmotte des paroles inintelligibles ; ses idées sont encore des préoccupations, mais passant des projets aux actions on en a vus se lancer dans les entreprises les plus hasardeuses, soi-disant pour s'enrichir ou bien tel que cet homme qui va attendre un prince de la famille royale pour lui

remettre une huile sainte qui doit assurer le bonheur de la France.

Le plus souvent aussi les sens sont exaltés. On note de l'hyperesthésie de la vue, de l'ouïe même pour le plus léger bruit (hyperacousie) ce qui explique du reste la fréquence des hallucinations que nous verrons tout à l'heure chez ces malades.

Le *délire dans un degré encore plus élevé* peut simuler la folie furieuse ou certains délires alcooliques. Les malades présentent alors les signes de l'excitation la plus vive. Ici encore et naturellement incohérence dans les idées mais surtout avec cris, vociférations, propos extravagants. Les hallucinations prennent des formes terrifiantes. Le malade semble terrifié, ne reconnaît plus personne comme notre malade de l'observation XX à de certains moments. Souvent aussi, le malade devient agité, il saute de son lit, veut sortir de l'hôpital et au besoin frappe avec ce qu'il rencontre des personnes qui veulent le retenir. Notre même malade de l'observation XX voulut un jour frapper avec son couteau une infirmière qu'elle aimait pourtant beaucoup parce que celle-ci lui refusait une soupe.

Et ce qui est à remarquer c'est que pendant ces crises, en général courtes, les malades semblent avoir oublié leurs souffrances. Cette forme de délire est en général rare et dure peu, elle s'exagère surtout la nuit et quelquefois revient périodiquement tous les soirs vers 5 heures (obs. XX). Le plus souvent elle est un indice de mort prochaine, le malade sort de cette

crise anéanti après quelques heures d'agitation extrême, mais un jour l'anxiété respiratoire qui semblait avoir disparu arrive à son plus haut degré, et le malade passe insensiblement au coma et à la mort sans se douter de ce qui s'est passé (obs. XX).

Nous avons cru devoir décrire séparément ces trois formes, mais aucune d'elles n'est spéciale à des catégories de malades. Le plus souvent le délire passe par les deux premières phases et aboutit quelquefois mais plus rarement à la troisième.

Délire suivant les Idées et les Actes

Nous venons de voir que le délire pouvait être plus ou moins intense, reste à étudier maintenant sur quelles fonctions de la sphère cérébrale il peut se localiser, et l'on peut dire à ce sujet qu'il se manifeste dans tous les domaines, domaine sensoriel, intellectuel, domaine des sentiments et des actes. Toutefois il serait malaisé de décrire séparément chacune de ces formes parce que la plupart du temps elles n'existent pas séparément mais se complètent l'une l'autre.

Le délire peut porter sur une seule catégorie des faits ou au contraire devenir généralisé : délire de l'intelligence et des actions.

Le délire sensoriel est caractérisé par des hallucinations de la vue et moins souvent de l'ouïe. Elles

apparaissent surtout la nuit pour disparaître le matin ; le malade recouvre alors toute sa lucidité, mais il peut arriver qu'il ne puisse croire à l'inanité de ce qui s'est passé tout à l'heure. Témoin cette malade de l'observation XX. La nuit du 16 août elle voit très bien son mari qui, dit-elle, est assis à côté de son lit, elle lui cause tranquillement, à un moment donné elle l'envoie lui chercher sa tabatière qu'elle croit voir sur une table en face d'elle, elle voit sur le mur un pantalon déchiré elle en voit les jambes s'agiter, elle n'est rassurée et ne cesse de le voir que lorsque la veilleuse lui a persuadé qu'elle a été le retirer. A un moment elle veut que son mari mange un morceau de pain parce que, lui dit-elle, « tu dois avoir faim » puis au bout d'un moment elle prie sa voisine de faire une place à son mari pour qu'il se couche à côté d'elle. Le lendemain elle est très calme, elle nous raconte ce qui lui est arrivé la nuit et quand nous lui demandons où est son mari elle répond qu'il vient de la quitter tout à l'heure. Un autre matin, par contre, nous racontant ce qu'elle avait éprouvé la nuit, elle ajoute : « Faut-il être bête pour avoir des idées pareilles ? »

Dans cet exemple les hallucinations s'accompagnent de délire intellectuel. Mais ce n'est pas toujours la règle et à d'autres moments cette même malade, en apparence sans délire, voit des chats qui se promènent autour d'elle ; elle prend un jour pour une immense araignée une lampe électrique entourée de son fil conducteur, et, phénomène remarqua-

ble, ces hallucinations arrivaient à n'importe quel moment de la journée alors que la malade paraissait encore très calme.

Un autre caractère de ces hallucinations c'est qu'elles sont assez souvent de nature terrifiante. Un malade, cité par Bignon (Thèse de Paris, 1880) et atteint de lésion mitrale, voit des lumières agitées par des individus qui le menacent. Un autre malade, cité par Sauceroth, voit la nuit des fantômes blancs à formes fantastiques et indéfinissables.

Ces hallucinations peuvent encore porter sur le sens de l'ouïe. Un autre peintre de Bignon voit des cabriolets, il entend les cochers proférer des menaces à son égard. Un autre, officier retraité, atteint de délire religieux, entend des voix célestes lui dicter la conduite qu'il doit tenir pour sauver la France (obs. de Sauceroth).

Nous avons vu à propos de notre malade (obs. XX), que les hallucinations s'accompagnent souvent de délire intellectuel. Ce délire intellectuel varie suivant le caractère, les prédispositions et la profession des malades, mais de plus il varie aussi jusqu'à un certain point suivant l'origine des lésions.

Nous avons vu que les mitraux sont en général tristes et apathiques, les aortiques violents et irrascibles. Chez les premiers on observe plutôt le délire mélancolique et d'intensité moyenne, chez les seconds le délire violent à forme de manie furieuse et même de démence.

Chez le mitral devenu asystolique la tendance aux

idées tristes et à la mélancolie s'est implantée définitivement. Poursuivi par cette idée qu'il est très malheureux il en arrive à douter de tout et de tous et à craindre tout ce qui l'entoure. Notre malade de la salle Bazin (obs. XIV) est effrayé toutes les nuits et on l'entend crier : « La mort, le ciel, l'enfer » : et c'est encore un fait à noter en passant que les terreurs religieuses s'observent fréquemment.

De ces terreurs à l'idée de persécution il n'y a qu'un pas, et ce même malade que nous venons de citer s'écrie à tout instant : « Mon fils m'a trahi comme les autres, tout le monde m'en veut. » Un ouvrier bonnetier de quarante ans, cité par Sauceroth, et atteint d'hypertrophie du ventricule gauche, en asystolie, « croit qu'il est dénoncé, poursuivi, honni par tous, il ne peut se montrer quelque part sans s'imaginer entendre les moqueries ou les injures de ceux qui l'entourent, aussi est-il tombé dans la plus sombre mélancolie ». Un autre malade du même auteur, bien que très considéré et maire de sa commune est persuadé que dans ce village où il est aimé de tous il n'a que des ennemis acharnés à sa perte. On pourrait citer ainsi une foule d'observations dans lesquelles les malades finissent toujours par devenir de véritables persécutés après avoir passé par toutes les phases de la mélancolie. Ce délire de la persécution peut, nous le répétons, se manifester à toutes les époques de la maladie du cœur, et M. le professeur Fabre cite l'observation d'un malade atteint d'insuffisance mitrale, chez lequel il constate trois

fois du délire de la persécution coïncidant avec le retour des périodes asystoliques ; et il est lié surtout au retour de ces périodes. Souvent il cesse en même temps que celles-ci quand elles ne sont pas encore le dernier stade de la vie, mais il ne faut pas oublier que le délire marque une déchéance profonde non seulement des facultés morales mais aussi de l'organisme tout entier, que le plus souvent il aboutit au coma et à la mort.

Mais à l'idée de persécution s'associe pour ainsi dire naturellement l'idée de suicide et de crime. On conçoit, en effet, facilement que ce malheureux, persuadé sans cesse qu'il est entouré d'ennemis qui le feront mourir un jour, « soit, comme le dit Corvisart, tenté de se donner la mort » pour fuir ces ennemis imaginaires et acharnés à sa perte.

Nous croyons à ce sujet qu'il est intéressant de citer les opinions de Lieutaud et Osiander qui trouvent que le suicide est fréquent chez les cardiaques, que le cœur est extrêmement petit chez les suicidés et de Sennert, Testa, Mickel qui observent la fréquence des vices organiques du cœur chez les suicidés. Faudrait-il donc voir là une prédisposition au suicide chez tous les cardiaques ? Nous ne le croyons pas. D'abord le suicide est rare dans les maladies du cœur, on peut même dire qu'il est exceptionnel chez ceux qui n'ont jamais présenté de troubles cérébraux et dans ces cas, quand il arrive, il faudrait savoir s'il est dû à la maladie de cœur ou à toutes autres causes qui peuvent très bien pousser au suicide un

individu même bien portant. Nous croyons donc que la mort par le suicide est rare chez les cardiaques, qu'elle ne se rencontre guère que dans cette catégorie de malades, délirants lypémaniaques à l'excès qui deviennent ensuite des persécutés. Il faut noter aussi que l'on a presque toujours affaire à des mitraux. Du reste la maladie de cœur avec les troubles qu'elle entraîne est souvent peu douloureuse et en somme assez supportable pour que le malade ne soit pas poussé à se donner la mort. Enfin c'est surtout quand le malade délire et qu'il est en asystolie, qu'il se suicide. « Le malade de Sauceroth a envie de se suicider à chaque période d'asystolie et à ces moments-là il est bon de remarquer qu'il est toujours en proie au délire de la persécution.

L'autre malade de Sauceroth, que nous avons déjà cité à propos de la persécution a, un jour, une violente crise de délire et d'asystolie, il monte dans son grenier et se jette par la fenêtre.

Par conséquent il semble bien que le suicide dans ces cas ne survienne pas quand l'intelligence est encore lucide et tout simplement parce qu'il y a lésion du cœur. Il est lié au délire dont il marque le dernier paroxysme et pour ainsi dire l'étape finale et logique.

Délire à forme de démence

Si la lypémanie, la tendance aux idées tristes que nous avons observées chez les mitraux, est une pré-

disposition au délire triste et à la persécution, nous allons voir que le délire violent se manifeste surtout chez les malades qui ont présenté au début une grande irritabilité de caractère. Nous le trouvons donc plutôt chez des aortiques, mais on peut dire également qu'il existe, bien que plus rarement, chez les mitraux d'autant plus qu'on l'observe aux périodes d'asystolie, à ce moment où il n'existe plus pour ainsi dire de différence entre ces deux grandes catégories de malades.

Du reste Nasse avait déjà signalé ce fait que chez les cardiaques il y a propension aux crimes, au suicide, aux passions violentes. Amatus le Portugais fait la même remarque, mais d'après les autopsies de bandits et de criminels. L'opinion de Corvisart est celle qui se vérifie le mieux dans les observations des maladies du cœur: « Le malade grondeur, toujours mécontent, s'irrite contre la moindre contrariété. Il a une véritable perversion du sens moral, qui ne se produit qu'à l'occasion des paroxysmes asystoliques. » Une malade de Limbo entre en fureur dès qu'elle entre en asystolie.

Ce délire furieux est marqué par une agitation extrême: ce n'est plus un malade doux, calme et tranquille quoique délirant. C'est un délire qui commence surtout le soir, le malade, très surexcité, pousse des cris et des vociférations, très violent il veut sauter à bas de son lit, se démène contre ceux qui veulent le retenir et va souvent jusqu'à les frapper. « Un malade (Thèse de D'Astros) s'emporte contre

sa femme et sa fille; prétend qu'elles le font enfermer pour pouvoir se mal conduire, il les menace à plusieurs reprises ; un jour, il veut tuer sa femme à coups de marteau, un autre jour il cherche à l'étrangler. Une autre malade de Cullere est atteinte de délire religieux, elle entre dans une extrême violence dès qu'on la contrarie et cherche à frapper tout le monde. Un malade de Cullere a des hallucinations de la vue et de l'ouïe, croit entendre des injures à son adresse et pour réponse se jette et frappe sur ceux qui sont présents et qu'il prend pour ses insulteurs.

On comprend bien que sous l'influence et avec la persistance d'un délire si violent, il arrive souvent que les malades soient pris d'impulsions irrésistibles pouvant aller jusqu'à l'exécution d'actes dangereux et même de crimes. Ces délirants ne connaissent plus rien, prennent tout ce qui se trouve sous la main pour mettre leurs projets à exécution. Un malade de Cullere frappe les infirmiers, profère toutes sortes de menaces. On l'a amené à l'hôpital parce qu'il a allumé un incendie, il brise quinze vitres, quelques jours après il recommence, il frappe et mord comme une bête fauve.

Il y a donc chez ces malades non seulement de la violence mais aussi une véritable perversion du sens moral. Ce délire violent, cette fureur concordent toujours avec les périodes d'asystolie et, de plus, ils s'installent progressivement comme chez les mitraux.

Toutefois ces malades en arrivent rarement à commettre des crimes et nous n'en avons pas vu un seul

exemple dans les observations de ce délire, il est vrai que ces impulsions sont en général passagères et cèdent facilement à un traitement énergique ou bien, au contraire, elles laissent le malade tellement déprimé que souvent il passe de là au coma et à la mort d'une façon très douce.

Telles sont, à peu près, les formes de délire qui peuvent frapper les cardiaques, surtout les cardiaques en asystolie. Reste maintenant à étudier la pathogénie de ce délire. Nous n'avons pas à revenir sur les causes des troubles cérébraux des aortiques et des mitraux, mais nous allons essayer d'interpréter les différentes théories pathogéniques qui ont été émises pour expliquer ce délire.

Pathogénie du Délire des Asystoliques

Bon nombre de théories ont été émises à propos du délire des cardiaques. Nous avons vu tout à l'heure que le délire débutant d'emblée et sans prodromes cérébraux au cours des maladies de cœur est l'exception. Nous avons vu également que ce délire et les troubles qui le précèdent sont rares en comparaison du nombre des maladies de cœur. Par conséquent à propos de ce délire il nous faut évidemment invoquer la question de terrain et de prédisposition individuelle comme nous l'avons fait tout à l'heure à propos des dérangements d'esprit étudiés chez les aortiques et chez les mitraux.

C'est un fait que le délire, ou tout au moins le délire intellectuel, est rare dans certains pays dont les habitants, presque tous artério-scléreux, souvent alcooliques, meurent souvent par le cœur. On a la plupart du temps affaire à des gens habitués à un rude labeur et chez lesquels le travail intellectuel n'existe pour ainsi dire pas.

Dans les nombreuses observations que nous avons lues à ce sujet il s'agit presque toujours d'individus qui ont demandé à leur intelligence une forte somme

de travail: tel cet homme ayant occupé une haute situation en Belgique (Obs. du professeur Peter). Nous avons vu également que le délire pouvait quelquefois simuler la folie hystérique et il faut bien reconnaître encore cette influence d'une prédisposition latente. Il est certain qu'un névropathe habitué à des crises de neurasthénie consultant, comme on en rencontre si souvent, des livres de médecine étudiant sa maladie et s'inquiétant au moindre trouble, dont le cerveau obsédé à tous les instants est très fatigué, aura plus de chances de présenter des troubles cérébraux et du délire cardiaque que le simple ouvrier qui meurt un jour sans avoir soupçonné un seul instant la gravité du mal dont il était atteint.

Nous admettrons donc qu'un tempérament nerveux ou hystérique, le surmenage intellectuel sous toutes ses formes sont des causes qui prédisposent au délire.

L'alcoolisme a été cité également, mais il s'agirait de savoir dans ces cas quelles limites on est en droit d'assigner à un délire d'origine purement cardiaque et au délire si fréquent des alcooliques, d'autant plus que dans ces cas l'importance des antécédents héréditaires ou personnels, se manifestant par une décrépitude générale de l'organisme avec atrophie si fréquente de l'intelligence, est capitale.

A propos des manifestations cérébrales survenant au cours d'une cardiopathie chez des vieillards athéromateux, il faudra faire entrer en ligne de compte, l'âge, l'influence des maladies sclérosantes

sur le système artériel de l'encéphale. Nous dirons de même à propos du rhumatisme, également incriminé et si souvent cause de lésion cardiaque, qu'il est fort difficile de savoir au juste quelle est l'origine du délire quand il existe, d'autant plus que l'attaque de rhumatisme est déjà passée quand se constitue la maladie de cœur et dans ce cas la forme du délire a été expliquée par des métastases et nous n'insistons pas sur cette question.

Du reste on aurait tort d'être trop affirmatif à ce sujet. S'il est vrai qu'en recherchant avec soin chez les cardiaques délirants une de ces prédispositions on les trouve souvent, il faut bien admettre aussi qu'on les recherche quelquefois en vain chez les malades qui pourtant font du délire bien caractérisé.

En tout cas qu'il y ait prédisposition ou non, et si, comme l'a dit Peter, « le cœur physique est doublé d'un cœur moral » l'origine du délire est beaucoup plus complexe et il nous semble qu'on doive la rechercher dans des causes plus matérielles.

Dans une lésion du cœur assez grave pour aboutir à l'asystolie non seulement le cœur est malade mais sa lésion retentit encore sur tous les organes. L'hématopoïèse se fait mal : les organes hématopoïétiques surmenés du fait de l'insuffisance cardiaque mal nourris par un sang vicié et chargés de toxines non éliminées ne peuvent plus s'acquitter de leurs fonctions ; il résulte de ce fait que la masse du sang pour être quelquefois plus considérable que normalement

est pauvre en globules sanguins et chez le malade de notre observation XVI (salle Louis) nous avons fait la numération des globules : la première fois nous avons trouvé à peine 4.000.000 et la deuxième fois environ 3.700.000 et pourtant cette malade était cyanosée et en apparence pléthorique. Il y a donc déjà anémie globulaire possible, peu considérable souvent mais qui, néanmoins, a son importance car le cerveau, au même titre que les autres organes et peut-être plus que tout autre, se ressent fatalement de cette pauvreté du sang.

Il n'y a pas seulement anémie globulaire on trouve encore asphyxie cérébrale et congestion passive, les deux phénomènes se compliquant et se complétant l'un l'autre. Quand le malade est en pleine asystolie son pouls est incomptable, les poumons sont remplis de râles de congestion et ne respirent qu'avec une extrême difficulté ; le cœur ne pouvant plus fonctionner n'arrive plus à vaincre cet obstacle pulmonaire, il n'envoie pas de sang au cerveau et la circulation en retour est de ce fait également entravée. Aussi le cerveau est-il gorgé d'un sang noir et abondant, en un mot il y a congestion passive intense et les autopsies le prouvent.

Quoi d'étonnant à ce que dans de telles conditions la cellule cérébrale ne fonctionne plus ou fonctionne très mal ? De plus cette congestion énorme arrive à produire non seulement de l'œdème cérébral mais une infiltration séreuse qui remplit et distend les ventricules et les espaces interlobaires,

nouveau facteur important de troubles cérébraux ; enfin ce sang purement veineux est sursaturé d'acide carbonique puisqu'il n'est plus renouvelé et nous citerons à ce sujet les expériences de MM. Kuss et Duval, Brown-Séquard et Paul Bert. « L'acide carbonique accumulé dans le sang agit sur les centres nerveux. C'est ainsi qu'on voit alors certaines facultés psychiques portées au plus haut degré, la mémoire par exemple, et l'on sait par les noyés revenus à la vie qu'au moment de l'asphyxie cette faculté atteint son maximum » ; et plus loin : « Il existe de ce fait une hyperidéation mais cette hyperidéation peut facilement s'embrouiller et causer le délire. »

Merklen, à propos du cerveau cardiaque, s'exprime ainsi : « Les sinus, les veines et veinules sont gorgés de sang, il y a hydropisie ventriculaire et sous-arachnoïdienne (mélange de stase et d'œdème), l'œdème occupe même la substance cérébrale. Il y a peut-être action toxique par non-élimination des poisons et des toxines. On note de plus de l'athérome cérébral d'où mélange de congestion et d'ischémie difficiles à distinguer. Ajoutez à cela l'insuffisance hépatique et rénale expliquant la difficulté étiologique et thérapeutique du problème des accidents cérébraux de certaines cardiopathies.

C'est précisément cette non-élimination des poisons et des toxines que nous avons recherchée et qui nous semble un facteur important et peut-être même suffisant pour expliquer le délire des asystolies. Nous avons fait à ce sujet des recherches sur l'état du

foie et du rein de deux malades qui ont présenté du délire au cours de leur asystolie (malades des observations XIV et XX) et sur des malades cardiaques n'ayant pas présenté de délire.

Le premier malade (obs. XIV), atteint d'insuffisance mitrale, est en asystolie et délire depuis quelques jours. Les urines sont rares, foncées, couleur acajou, elles contiennent des pigments biliaires, pas d'albumine. On fait l'épreuve du sucre et on le retrouve dans les urines. Le bleu de méthylène est éliminé et prouve que le rein semble encore fonctionner. On injecte à un lapin de 2 kgr. 500, 75 centimètres cubes d'urine en trois fois : le lapin meurt au bout de deux jours considérablement amaigri, avec 42 degrés de température et dans des convulsions cloniques des quatre membres.

Il paraît donc y avoir dans ce cas : insuffisance hépatique notable et le rein fonctionne encore et de plus à un moment une débâcle urinaire s'opère et le délire cesse pendant deux jours ce qui semble justifier la théorie de la non-élimination des toxines de l'organisme.

Les expériences de notre malade de l'observation XX ont été plus soigneusement surveillées et nous allons trouver chez elle insuffisance hépatique et insuffisance rénale : Etudiant d'abord l'état de fonctionnement du foie par la méthode que M. Gouget enseigne dans son *Traité de l'insuffisance hépatique*, nous faisons prendre à cette malade le 14 août 1906 à 5 heures du soir 200 grammes de sirop de sucre.

Le lendemain les urines, qui ont été recueillies avec une sonde, sont examinées et on y retrouve du sucre en notable quantité. Puis ajoutant à cette urine quelques gouttes de chlorure de zinc en solution ammoniacale on obtient une belle couleur rose verdâtre indiquant la présence d'urobiline. Par l'addition d'acide nitreux nitrique, on trouve également le pigment rouge brun.

Enfin, symptôme très important d'après Gouget : nous trouvons diminution de la quantité d'urée et augmentation de l'ammoniaque ; il est vrai que le rein de notre malade n'était pas sain et ce symptôme perd de son importance. Brouardel, en 1877, a réuni une série d'observations sur la valeur de la diminution de l'urée comme signe d'insuffisance hépatique et il la signale entre autres dans l'asystolie.

Par conséquent nous pouvons déjà dire que le foie de notre malade ne fonctionnait plus ou du moins fort mal et par conséquent ne pouvait plus remplir son rôle antitoxique dans l'organisme.

Nous recherchons alors quel est l'état du rein : il est à noter tout d'abord qu'à aucun moment de son séjour à l'hôpital la malade n'a présenté d'albumine dans ses urines. Faisant le 20 août l'épreuve du bleu de méthylène selon le procédé de M. Achard nous trouvons le lendemain et même les jours suivants des urines aussi claires que précédemment. Donc non seulement pas d'élimination mais pas même d'élimination tardive.

Nous lui faisons prendre 2 grammes d'iodure de

potassium et la présence d'iode ne peut d'avantage être décelée. Enfin les urines sont très rares et on est obligé de les recueillir avec la sonde.

Nous prenons alors un lapin pesant exactement 2 kgr. 615 et le 22 août nous lui injectons 30 centimètres cubes d'urine de la malade. La température de 39 monte à 41 degrés et la diminution de poids est de 100 grammes, l'appétit est conservé. Le 23 août même opération : la température monte à 42 degrés, retombe le lendemain à 40 degrés ; l'état général reste bon sauf un peu d'amaigrissement. Le 25, avant-veille de la mort de notre malade, nouvelle injection, mais plus de réaction fébrile ; l'animal survit, il pèse 2 kgr. 150 : il a donc perdu à peu près 500 grammes. Il recommence à manger et augmente rapidement de poids. Le 1er septembre nous lui injectons 25 centimètres cubes d'urine d'un individu sain et il meurt le lendemain dans des convulsions cloniques des quatre membres.

Si donc l'urine de la malade avait été toxique, comme normalement elle doit l'être, le lapin serait mort. Chez cette malade donc non seulement le foie ne détruisait plus les poisons mais le rein ne les éliminant pas ceux-ci étaient conservés dans l'organisme, et leur rétention nous semble bien suffisante à expliquer dans ce cas particulier le délire de l'asystolie. Nous reproduisons cette phrase de Huchard à propos de la toxicité urinaire dans les affections cardio-artérielles : « Il faut admettre que les poisons sont mal éliminés par le rein ou mal détruits par le foie il en résulte une intoxication du sang, une toxinhé-

mie qui explique pourquoi, dans les cardiopathies artérielles, le délire se manifeste plutôt que dans les cardiopathies valvulaires où il n'est en somme qu'une manifestation ultime. »

Le fait de l'insuffisance hépatico-rénale reste donc acquis dans ce cas particulier. Que le foie ne détruise plus les poisons et que ceux-ci passent dans le sang, ou qu'ils restent dans l'organisme devant la barrière infranchissable que leur oppose le rein le résultat est toujours le même : empoisonnement du sang et de l'organisme tout entier et nécessairement du cerveau, et le délire que l'on trouve alors chez les asystoliques semble bien dans la dépendance de cette intoxication générale, et nous n'hésitons pas dans ce cas à en faire un délire toxique.

Du reste nos expériences sont trop peu nombreuses et nous n'avons pas la prétention de faire une théorie de ce qui n'est qu'une simple opinion. Peut-être, et c'est même certain, il existe d'autres causes qui nous échappent. Nous le répétons, le problème est trop obscur. Que dire en effet de ces délires qui se manifestent en dehors de l'asystolie mais surviennent dans certains états d'hyposystolie passagère et bénigne, ou de ceux qui se manifestent en quelque sorte spontanément en dehors de toute aggravation de la lésion cardiaque ? Peut-être alors y a-t-il plus qu'une origine toxique ? On a parlé de causes sympathiques, nous ne nous aventurerons pas sur ce terrain d'autant plus que nous n'avons jamais eu l'occasion d'en observer aucun cas.

Diagnostic et Pronostic

Etant donnée la coïncidence d'une lésion cardiaque et de désordres cérébraux, il s'agit de savoir si ces troubles psychiques dépendent bien de la maladie du cœur ou si au contraire ils sont dus à une toute autre cause, soit à une autre maladie organique intercurrente, soit à certaines névroses qui ne vont pas elles non plus sans ces troubles psychiques.

Nous répéterons tout d'abord que les troubles cérébraux qui dépendent nettement du cœur coïncident et ne se manifestent pour ainsi dire que lorsque la lésion cardiaque pour une raison ou pour une autre prend un état plus aigu au cours de sa chronicité et le plus souvent passager. C'est ainsi que nous avons vu au cours des palpitations violentes une légère douleur précordiale amener des modifications complètes dans le caractère de certains individus.

Nous avons déjà discuté à propos de ce qu'on a appelé l'hystérie cardiaque des aortiques le retour des mêmes symptômes. Nous trouvons chez les hystériques comme chez certains cardiaques de l'amnésie, de l'aphasie, du mutisme. Sevestre et Gilles

de la Tourette disent même avoir trouvé chez les premiers des foyers d'œdème cérébral et d'hémorragie, phénomènes que l'on rencontre également chez les cardiaques. De même les hystériques comme les mitraux sont sujets aux idées fixes avec reproduction fréquente d'un événement sensationnel de la vie du malade et coïncidant avec son âge, son éducation, sa situation sociale.

Mais pour les hystériques ces idées sont presque toujours inconscientes, ce qui est rare pour les cardiaques. Elles se produisent fréquemment au moindre motif et en cela elles ne semblent nullement dépendre de la maladie du cœur. Enfin elles s'accompagnent souvent de crises hystériques et sans passer en revue les symptômes propres à l'hystérie nous aurons toujours comme éléments de diagnostic les stigmates souvent si frappants de l'hystérie, l'influence des antécédents héréditaires et personnels, les traumatismes, les maladies infectueuses, les grossesses : autant de choses qui pourront nous éclairer. Nous nous rappellerons également que l'hystérie est surtout une maladie de la femme et de la puberté et nous avons vu que les troubles cérébraux cardiaques se montrent souvent dans l'âge mûr et la vieillesse.

On pourra également se poser la même question à propos de certains neurasthéniques atteints d'une lésion cardiaque. Mais les crises de neurasthénie reviennent pour ainsi dire à dates fixes une ou plusieurs fois par an, elles durent un certain temps

pendant lequel le malade est en proie à une asthénie musculaire considérable. Il éprouve de l'insomnie, de la céphalée en casque, une absence de volonté presque complète, des troubles génitaux importants. On ne pourrait donc se poser la question qu'à propos des mitraux car ce n'est pas là le caractère violent et souvent même trop énergique des aortiques. Chez les mitraux nous aurons souvent un peu de congestion du cerveau et des poumons et de plus les crises psychiques revenant avec l'exacerbation cardiaque, leur moindre durée et en somme conservation d'un bon état général.

Telles sont à peu près les deux névroses importantes dans lesquelles le diagnostic pourra être hésitant ; il pourra même devenir quelquefois impossible car les choses ne se passent pas toujours de façon aussi simple. Souvent même le traitement seul pourra trancher la question. Il est certain que les troubles psychiques disparaissant brusquement à la suite d'administration de digitale on sera en droit de leur donner dans ces cas une origine cardiaque.

Pour le délire nous avons vu qu'il était le plus souvent une manifestation ultime de la maladie de cœur et qu'on ne le rencontrait guère que dans l'asystolie, mais nous avons vu d'autre part qu'il pouvait quelquefois se manifester à n'importe quelle époque de la maladie.

On a parlé du délire d'origine rhumatismale. Berthier (*Névroses diathésiques*, 1875) cite quelques cas de manie avec retour des douleurs articulaires.

Griesinger a décrit les folies apparaissant au cours d'un rhumatisme articulaire aigu et constituant une forme de rhumatisme cérébral. Mais ces faits sont très rares ; il est certain que le rhumatisme touche souvent le cœur mais ce délire d'origine rhumatismale a été peu observé, tout au plus existe-t-il quelques changements de caractère sans importance au point de vue du diagnostic.

Il ne faudra pas oublier non plus le délire digitalique signalé pour la première fois par Cloetta et Duroziez. Le professeur Vulpian décrit des hallucinations et du délire et nous reproduisons plus loin deux observations bien nettes de délire digitalique. C'est surtout un délire toxique, il cesse rapidement par la suppression de la digitale et par le régime lacté, il s'accompagne des symptômes propres aux empoisonnements : vomissements et diarrhée ; on note aussi le pouls bi ou trigéminé, il est excessivement rare et ne se produit pour ainsi dire pas quand la digitale a été administrée avec prudence. Toutefois il faut se rappeler que certains malades ont pour ce médicament une grande intolérance, ils se mettent à délirer le premier jour et ici les troubles de la circulation cérébrale paraissent constituer une prédisposition importante : on devra donc à propos du traitement chez un délirant en asystolie se rendre compte des troubles qu'il pourra présenter du côté de la circulation cérébrale et du degré de tolérance de ce malade vis-à-vis de la digitale.

Nous dirons peu de mots des autres délires : le

diagnostic se fera facilement avec le délire alcoolique dans l'ivresse aiguë ou avec le délire survenant chez un alcoolique par suppression brusque de l'alcool ou au cours d'une pneumonie par exemple ; de plus le delirium tremens s'accompagne d'une élévation de température considérable, d'un tremblement exagéré des doigts ; et ce sont là des facteurs importants car on n'observe pour ainsi dire jamais de poussée fébrile dans le délire des asystolies et même en dehors de l'asystolie.

Nous dirons de même à propos de certaines formes de délire survenant dans les méningites, chez les cachectiques, dans le cancer de l'utérus ou de l'estomac surtout.

Dans les conceptions délirantes de la paralysie générale au début et s'il y a coexistence d'une maladie de cœur naturellement il faudra tenir compte des antécédents héréditaires et personnels du malade, de la possibilité d'une syphilis ancienne. Mais la progression régulière et pour ainsi dire logique de cette maladie, la manie des grandeurs et des richesses presque pathognomonique, l'absence de troubles asystoliques, l'embarras de la parole, le bredouillement, les tics de la face, l'inégalité pupillaire, l'écriture tremblante seront des éléments suffisants pour différencier de cette maladie le délire cardiaque.

Dans le ramollissement cérébral on peut trouver en dehors de la perte de la mémoire presque constante des périodes d'excitation et de dépression, mais le plus souvent on a affaire à des vieillards athé-

romateux : on note en même temps des fourmillements, des engourdissements des doigts l'hémiplégie est fréquente, l'état des artères devra être examiné avec soin.

Mais la question commence à se compliquer dans les formes de délire survenant chez certains hépatiques. Il faut noter la fréquence de l'ictère grave et il faut tenir compte comme l'a très bien étudié Achard que souvent il y a concomitance d'urémie et d'alcoolisme avec toxhémie hépatique, et pour peu que le malade soit en asystolie nous arrivons au problème si difficile du diagnostic entre le délire cardiaque et le délire urémique.

Nous l'avons vu du reste à propos de la pathogénie du délire chez les asystoliques : les liens sont souvent trop étroits entre l'urémie et l'asystolie pour que le diagnostic de délire cardiaque puisse être formellement posé.

Car s'il est vrai que certaines néphrites aiguës et beaucoup de néphrites chroniques aboutissent fréquemment au délire urémique et au coma même en dehors de toute asystolie la réciproque n'est malheureusement pas vraie. Nous avons vu que dans l'immense majorité des cas l'asystolie, résultant de l'insuffisance cardiaque, entraîne avec elle l'insuffisance rénale et hépatique. Par conséquent la question nous semble très difficile à trancher. Sans doute au point de vue symptomatologique on pourrait trouver quelques différences entre les deux maladies mais le diagnostic pathogénique n'en reste pas

moins à faire. Chez les asystoliques de nos observations nous n'avons jamais trouvé d'albumine, mais nous savons d'autre part que l'albumine est rare chez les rénaux scléreux et pourtant l'urémie est fréquente. De plus nous avons trouvé des signes bien évidents d'insuffisance rénale. Nous dirons donc que le cœur, le rein et le foie sont trois organes tributaires, que le mauvais fonctionnement de l'un retentit nécessairement sur les deux autres et que dans ces cas il semble difficile d'accuser plutôt l'un au profit des autres. Si l'on recherche d'un peu plus près on trouvera sans doute une cause primordiale : tantôt c'est le rein qui est atteint le premier, tantôt le foie et le rein font de l'insuffisance parce que le cœur est déjà malade depuis quelque temps et c'est seulement à ce point de vue que l'on pourra établir l'origine nettement cardiaque ou rénale de ce délire.

Si le malade était nettement cardiaque, s'il avait présenté au cours de sa maladie des troubles cérébraux, l'origine de son délire asystolique ne saurait être douteuse : Mais en clinique on n'a pas toujours l'occasion de suivre une lésion aussi longtemps : un beau jour un malade entre à l'hôpital en asystolie, on le voit pour la première fois. Son asystolie est, — elle d'origine cardiaque ? Vous ne pouvez l'affirmer car vous aurez bien de la peine à examiner son cœur et à faire le diagnostic d'une lésion valvulaire. Est-elle d'origine rénale, vous ne pouvez l'affirmer davantage : vous trouverez bien des signes d'insuffisance : rénale mais, nous l'avons déjà dit, cela ne

vous prouvera rien. Et c'est précisément ces cas pour lesquels on est forcé de ne pas se prononcer et, c'est pourquoi nous le répétons, on ne saurait être trop réservé pour une question qui, si elle n'est pas insoluble, est néanmoins fort difficile à résoudre.

Pronostic. — Le pronostic à faire des troubles psychiques dépend de beaucoup de choses. Comme dans toute maladie il faut tenir compte évidemment de l'âge du malade, de son état général, de l'âge de la lésion cardiaque et de son degré de compensation. Nous avons dit que les troubles du début sont en général bénins et passagers, mais nous avons vu aussi qu'ils aboutissaient souvent au délire. En somme le pronostic de ces troubles est lié au pronostic de la maladie du cœur elle-même, il faudra se souvenir que la mort subite est toujours possible. Autrement si le traitement et une hygiène sévères sont observés avec soin par le malade on peut dire que le pronostic immédiat est bénin. Quant au pronostic futur il devra être extrêmement réservé, dès que le délire apparaîtra en même temps que l'asystolie l'état est grave et le plus souvent la mort est proche il y a évidemment des exceptions et toutes les asystolies ne se terminent pas heureusement par la mort, mais là comme ailleurs ces exceptions ne font que confirmer la règle.

TRAITEMENT

Le diagnostic des troubles passagers des aortiques et des mitraux est des plus importants dans le traitement des maladies de cœur ; d'abord, parce qu'ils peuvent permettre de dépister une lésion cardiaque d'origine encore récente, et surtout parce que leur traitement étant dans ce cas celui de la maladie de cœur, il pourra avoir sur ce dernier et sur les troubles psychiques une action beaucoup plus énergique.

Nous serons donc bref sur ce chapitre car nous n'avons pas à faire le traitement de toutes les maladies de cœur. Il nous suffira de rappeler que ces troubles cérébraux se réveillent surtout à l'occasion d'une émotion, de palpitations, de douleur précordiale ou bien chez les mitraux avec un peu de congestion cérébrale et pulmonaire. C'est surtout à ces moments qu'il faudra instituer un régime sévère et énergique, et que le traitement aura plus de chance de faire disparaître ces symptômes.

Tout d'abord on ne saurait trop insister sur l'importance du repos absolu, repos physique et intellectuel surtout. Les bromures, le nitrite d'amyle seront également le plus souvent d'un bon effet. La

congestion, le commencement d'intoxication, dont nous avons parlé à propos des mitraux, se trouveront bien du régime lacté et des diurétiques ; on pourra prescrire de la digitale ou de la théobromine et souvent on voit les phénomènes rétrocéder très rapidement à la suite d'une abondante diurèse.

Mais ce n'est pas tout, nous avons insisté sur la question de terrain de prédispositions héréditaires et personnelles et en dehors de toute manifestation aiguë c'est ce terrain qu'il faudra chercher à modifier dans la mesure du possible. Eviter au malade les émotions, les chagrins si c'est possible, le surmenage intellectuel et physique, toute excitation et partant proscrire absolument tout alcool et toute boisson alcoolique, en un mot toutes les causes qui peuvent retentir sur l'intelligence devront être combattues. Enfin il ne faut pas oublier que les maladies du cœur sont les maladies chroniques et par là même il faut leur opposer un traitement chronique. Les iodures donnés à doses modérées et pendant longtemps agissent efficacement sur le système cardio-vasculaire. Il ne faudra pas négliger d'examiner le malade au point de vue du fonctionnement des autres organes et nous n'avons pas à répéter ici ce que nous avons dit à propos du foie et du rein, c'est au médecin à décider en présence de ces phénomènes : et il est des cas par exemple où un régime lacté absolu amène une amélioration sensible, il en est d'autres où la digitale n'aura aucun effet alors qu'une saignée de 300 grammes ou même quelques

sangsues appliquées aux apophyses mastoïdes rétabliront l'ordre dans la circulation et le fonctionnement de l'intelligence.

Mais ces symptômes du début vont se compliquer : le cœur faiblit et un beau jour le délire et l'asystolie surviennent. Nous l'avons vu, le pronostic est grave mais d'autre part il n'est pas toujours fatal et nous citons cette observation de Huchard : « Un homme de soixante-dix ans présente depuis plusieurs semaines un délire presque permanent il est atteint d'insuffisance mitrale avec asystolie. Or ce que n'avaient pu faire ici la digitale ni les toniques cardiaques le régime lacté a pu l'accomplir et a fait disparaître ces troubles délirants. »

Ici encore par conséquent repos absolu ; régime lacté absolu, mais il faut se souvenir qu'à ce moment tout va mal dans l'organisme, il faut provoquer la diurèse. Si l'on échoue on aura recours aux saignées, ce sont autant de poisons que l'on éliminera. On cherchera également à vaincre la congestion pulmonaire et partant la congestion cérébrale. Nous signalons également l'importance des purgatifs drastiques comme préparation au traitement de la digitale, et chez notre malade de l'observation XX, alors que les pilules de Lancereaux étaient restées sans effet, l'eau-de-vie allemande produit une débâcle énorme et pour un moment ramène une amélioration sensible. En un mot on essaiera les médications de l'asystolie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Peter)

Insuffisance et rétrécissement mitral. — Délire hallucinatoire.

Il s'agit d'un malade affecté d'une double lésion mitrale caractérisée par un bruit de souffle au premier temps localisé un peu au-dessous du mamelon et par un dédoublement du deuxième bruit.

L'administration de la digitale a tellement ralenti la circulation chez ce malade qu'il n'a plus que 40 pulsations à la minute ce qui rend les bruits très faciles à percevoir. Or cet homme qui a mené une vie accidentée et dont l'intelligence paraît singulièrement développée vient d'être pris d'accidents cérébraux depuis quarante-huit heures. C'est la nuit qu'il se livre à des divagations de toutes sortes les yeux largement ouverts : il voit sa femme, ce qui est une véritable hallucination et il converse avec elle sur le ton d'une discussion quelque peu animée, il parle de dettes qu'il aurait à payer et de beaucoup d'autres choses de nature également déplaisante.

OBSERVATION II (Bignon)

Délire hallucinatoire.

Malade de vingt-neuf ans (Service du professeur Lasègue). Il y a cinq ans, éclosion d'une affection aiguë de poitrine puis apparition d'une lésion cardiaque. Pas d'alcoolisme.

Depuis cette époque on note à plusieurs reprises de l'œdème des membres inférieurs. Cet œdème commençait par les malléoles et augmentait progressivement.

Pendant ces crises le malade a eu des hallucinations, il voyait surtout la nuit des lumières agitées par des individus qu'il ne connaît pas et qui le menaçaient.

Ces crises duraient deux ou trois mois. On lui faisait des frictions à la teinture de digitale et on lui faisait prendre une potion avec de la digitale. Il y a un mois étourdissements, hémiplégie gauche. Le cœur est hypertrophié, la pointe bat dans le septième espace intercostal. Arythmie. 54 à 60 pulsations par minute. A la base dédoublement du deuxième temps. Pouls petit inégal, irrégulier.

OBSERVATION III (Peter)

Hallucinations.

Dernièrement je voyais en consultation une dame qui dans les huit derniers jours d'une maladie cardio-aortique (insuffi-

sance et rétrécissement) et en proie à l'asthénie cardio-vasculaire la plus intense qui se puisse voir avec congestion et infiltration de toutes parts avait chaque nuit des hallucinations ; voyait un enfant auprès de son lit, conversait avec lui et se souvenait parfaitement pendant le jour de ses visions nocturnes sur la variété desquelles elle n'était pas même alors complètement fixée.

OBSERVATION IV (Sauceroth)

Hallucinations. — Hypertrophie du ventricule gauche.

C..., sous-officier, présente les signes propres à l'hypertrophie du ventricule gauche. Il eut des hallucinations singulières : fantômes blancs à formes fantastiques et indéfinissables qui se reproduisent à différentes reprises. Le traitement de la maladie par saignées locales et générales, digitale, l'en débarrassèrent pendant deux ans. Puis à la mort de son père se produisirent des exacerbations cardiaques pendant lesquelles il fut encore tourmenté d'hallucinations et de terreurs. Intelligence nette.

OBSERVATION V (Professeur Ball)

Lésion mitrale double.

Le malade que je veux vous présenter est un vigoureux jeune homme de vingt-huit ans, qui a largement payé son tribut à sa patrie en servant sous le drapeau de la France en Algérie et

au Tonkin. Il a fait partie de l'expédition de Formose et c'est là qu'à la suite d'une fausse alerte il éprouva pour la première fois de sa vie de violents battements de cœur.

Avant cette époque, il avait contracté des fièvres intermittentes en Algérie et une insolation à Formose ; il avait été frappé au Tonkin d'une dysenterie dont il a souffert longtemps et dont il a dû être soigné après sa libération du service.

C'est seulement depuis six mois qu'il a éprouvé de légères douleurs rhumatismales dans le genou, le coude et la hanche gauches.

Je n'attribue point à cet accident une part bien directe dans la genèse et la production de la maladie du cœur dont je vais vous signaler les caractères.

L'auscultation fait constater une impulsion à la région précordiale qui se manifeste surtout par accès et un souffle presque musical à la pointe au premier temps avec dédoublement du deuxième bruit. Matité précordiale légèrement augmentée.

Nous sommes donc en présence d'un vrai cardiaque et d'un cardiaque mitral.

Cependant il ne présente pas les accidents congestifs qui se rencontrent fréquemment du côté des viscères chez les sujets de cette espèce. Point d'œdème des membres inférieurs, point de symptômes de congestion pulmonaire, point de tuméfaction du foie. Le pouls est fort, régulier. Mais de temps en temps le malade éprouve des vertiges, des éblouissements et des tintements d'oreille, signes bien évidents du trouble de la circulation cérébrale.

Voilà pour le corps, voyons maintenant les perturbations de l'esprit. Rentré en France il avait reçu la juste récompense de ses services militaires. On l'avait nommé à un poste dans l'ad-

ministration et ces fonctions nouvelles convenaient parfaitement à son caractère et à ses goûts. Mais depuis deux ans un malaise presque hystériforme s'est emparé de lui. Cet homme qui a figuré plus de vingt fois sur les champs de bataille se voit brusquement surpris de temps en temps par un besoin de pleurer. Il vit dans un état de dépression morale profonde, il est sans cesse poursuivi par la crainte de mourir jeune et de laisser sans ressources sa femme et ses enfants pour lesquels il éprouve beaucoup d'affection. Enfin à chaque instant il tremble de voir arriver un accident à un membre de sa famille.

Certes on ne saurait méconnaître ici l'influence d'une lésion cardiaque mais c'est surtout depuis deux mois que les troubles intellectuels se sont accentués. Ils prennent le caractère d'impulsions spontanées, je ne dirai point irrésistibles puisqu'il y résiste jusqu'à présent. Chaque fois que dans ses promenades il rencontre un bel arbre il lui prend envie d'en profiter pour se pendre. Est-il près d'une rivière ? il est tenté de se noyer. Lorsqu'il rentre de son service il embrasse sa femme mais à l'instant même il est saisi du désir de l'étrangler.

Un jour ayant aperçu un rasoir chez lui il fut obligé de demander qu'on le fît disparaître car il était pris d'une tentation presque irrésistible de couper la tête de son jeune enfant et de tuer tous ceux qu'il aimait.

Fait extrêmement important : ses impulsions morbides sont toujours accompagnées ou précédées de violentes palpitations avec une constriction douloureuse de la poitrine et une dyspnée intense. Ces accidents se produisent surtout lorsqu'il est debout et qu'il penche la tête en avant, anémiant ainsi le bulbe et congestionnant les lobes antérieurs. Ils disparaissent rapidement lorsqu'il se couche sur le dos dans la position horizontale. Les

impulsions morbides disparaissent en même temps que la gêne respiratoire.

Voici donc un homme vigoureux parfaitement sobre sans antécédents héréditaires au point de vue mental qui, fatigué par de nombreuses maladies et atteint d'une maladie organique du cœur, présente de temps en temps des impulsions criminelles avec palpitations violentes et angoisse précordiale.

Nous rencontrons donc chez lui les deux grandes conditions nécessaires pour produire la folie cardiaque à savoir une affection organique du cœur et une prédisposition cérébrale congestive de l'autre. Depuis son entrée cet homme est notablement amélioré par l'influence du repos et des toniques du cœur (digitale) car il n'a pas eu d'autre traitement.

Notez bien que je ne réponds pas de l'avenir, et que ce malade une fois rentré dans ses foyers pourrait fort bien tuer sa femme et ses enfants. Dans ce cas il serait assurément irresponsable et pourtant que dirait la justice.

Vous voyez combien il importe que le médecin soit pénétré de l'importance des lésions cardiaques dans des cas de ce genre; car c'est sur le témoignage de l'expert que reposerait le seul espoir d'un acquittement.

OBSERVATION VI (M. Raynaud).

Délire ambitieux. — Asystolie.

X..., riche négociant de Bordeaux, est atteint depuis longtemps déjà d'une lésion organique du cœur qui assez avancée provoque de temps en temps des crises d'asystolie. Or au moment

de ses exacerbations, et seulement alors, X... présente un dérangement curieux, quoique à un assez faible degré, des facultés mentales. A la tête d'une fortune considérable il présente au moment de ses crises asystoliques des idées ambitieuses en rapport avec ses occupations. Lancé habituellement dans les affaires de bourse, mais dans les limites qui ne s'étendent pas au delà du prudent et du raisonnable, il est alors possédé du désir de se livrer à de vastes opérations qui dépassent les bornes du possible, telles par exemple que d'acheter toutes les laines de la place, d'engager sa fortune dans les entreprises les plus hasardées afin de réunir une fortune colossale. Alors maître de richesses considérables il pourrait semer l'or sur sa route, secourir la misère, éteindre le paupérisme, faire du bien à tous ses semblables, être en un mot le bienfaiteur de l'humanité malheureuse. Ce qu'il y a de curieux c'est que parfaitement conscient de l'inanité de ses conceptions il lutte contre elles sans pouvoir les dominer. Ces idées l'assaillent sans cesse, il veut leur résister mais sans résultat, il est obligé de les subir malgré lui. D'ailleurs cet état ne présente que la durée des exacerbations asystoliques.

OBSERVATION VII (Sauceroth)

Délire et persécution. — Hypertrophie du ventricule gauche.

C..., tonnelier, quarante ans, robuste, me fit appeler l'hiver de 1842 pour de violentes palpitations accompagnées de céphalalgie et dont il souffrait depuis longtemps sans s'être jamais soigné.

Je constatai une hypertrophie avec dilatation du ventricule gauche à un degré déjà fort avancé. Son moral, me dit sa femme, n'est pas moins affecté que son physique. Ouvrier rangé et laborieux, C... se persuadait qu'il était dénoncé, poursuivi, honni par tous, il ne pouvait se montrer quelque part sans s'imaginer entendre les moqueries, les reproches où les injures de ceux qui l'entouraient. Aussi était-il tombé dans la plus sombre mélancolie. Un traitement dirigé contre la maladie de cœur qui me parut être le point de départ du désordre moral ramena en effet pour quelque temps du calme dans l'esprit du malade. Mais dans le cours de l'été les accidents reparurent avec une nouvelle intensité. La durée de fréquence du pouls, la violence des contractions du cœur et la céphalalgie me décidèrent à pratiquer la saignée : deux heures s'étaient à peine écoulées que C..., qui était resté calme en apparence, prit un prétexe pour sortir de la chambre, monta à son grenier et se précipita par la fenêtre ; il ne survécut que quelques instants. Je ne pus malheureusement faire l'autopsie.

OBSERVATION VIII (Sauceroth)

Délire et persécution. — Hypertrophie et rétrécissement.

S..., âgé de quarante ans, robuste cultivateur aisé et maire d'une commune des environs de Lunéville, me fut amené en 1839 par sa femme pour avoir mon avis sur une maladie dont il souffrait depuis plusieurs années et qui avait pour principal symptôme une sorte d'apathie taciturne, d'indifférence pour son propre état qui lui faisait repousser toute espèce de traite-

ment. Il dit n'éprouver aucune souffrance locale, passe la journée la tête appuyée entre les mains, ne veut voir personne, poursuivi par des craintes incessantes, persuadé qu'il n'a que des ennemis acharnés à sa perte dans un village où il s'est fait aimer par ses qualités privées et une administration paternelle.

Cet homme ne me présenta aucun autre symptôme que ceux d'une hypertrophie du cœur avec rétrécissement des orifices mais à un degré peu avancé. Ne voulant se soumettre à ancun traitement, n'ayant consenti, dit-il, à venir me voir que pour céder aux sollicitations de sa femme, je le perdis de vue et j'appris qu'il était mort quelques mois après dans le même état de consomption morale.

OBSERVATION IX (Hotman de Villiers)

(Thèse de Fauconneau, 1890

Insuffisance mitrale. — Délire de persécution.

M..., bonne à tout faire, quarante-huit ans. Aucun antécédent héréditaire. N'a jamais été malade. Réglée depuis l'âge de quatorze ans d'une façon régulière ; mariée à dix-sept ans, a eu quatre enfants dont l'un est mort en bas âge du croup, les trois autres se portent bien.

Très sobre et très active, intelligente, elle renseigne avec exactitude. En mars 1899 première attaque de rhumatisme localisée aux poignets, aux genoux et qui disparut sans traitement.

En août suivant deuxième attaque qui ne disparut qu'au bout de quinze jours grâce au traitement salycilé.

En octobre attaque franche de rhumatisme articulaire aigu. Articulations douloureuses et gonflées. Fièvre. L'auscultation du cœur ne donne qu'un léger souffle présystolique. Les troubles nerveux étaient à peu près nuls à part de rares insomnies et des céphalalgies pendant la première période de la crise qui dura environ quinze jours. Sous l'influence du traitement rhumatismal et cardiopathique la guérison complète survint au bout d'un mois.

A partir de cette époque et jusqu'au mois de décembre la malade jouissait d'une parfaite santé lorsqu'un jour en montant précipitamment un escalier elle fut prise de palpitations, de battements des artères temporales et de vertiges qui l'obligèrent de se cramponner à la rampe pour ne pas tomber. Elle fut obligée de s'aliter de bonne heure mais elle ne put dormir, les palpitations n'ayant pas cessé. La journée et la nuit furent assez bonnes, mais,le surlendemain, la malade ayant voulu reprendre son travail, ses palpitations recommencèrent en même temps qu'un léger œdème se manifestait aux malléoles : du reste pas de fièvre. L'auscultation du cœur faisait entendre à la pointe un souffle systolique très net. Pouls petit, saccadé, irrégulier.

La malade accusait en outre une forte névralgie dans la région temporo-maxillaire droite. Du côté des organes digestifs un peu de gastrite et de constipation ; le foie et la rate sont intacts. Pas d'albumine dans les urines.

Alors on constata en même temps que ces symptômes physiques un changement dans le caractère un état d'inquiétude, d'appréhension au sujet de sa maladie : elle prétendait qu'elle allait mourir et que ses enfants se trouveraient seuls.

Cet état se prolongea, jusqu'au quatrième jour malgré l'ad-

ministration de la digitale. L'œdème malléolaire avait augmenté, les palpitations et l'essoufflement étaient tels qu'on appliqua des ventouses à la région précordiale.

Le sixième jour la malade est subitement prise d'une céphalalgie intense, d'étourdissements et de bourdonnements d'oreille.

La situation s'aggrave ; son état d'excitation est tel qu'elle ne peut rester sur son lit. Elle délire complètement : on veut la tuer, elle refuse de prendre ses médicaments sous prétexte qu'on veut l'empoisonner. Elle veut porter plainte à la police. Tous ceux qui l'entourent lui veulent du mal, elle repousse même sa fille à qui elle administre une verte correction. On est obligé de l'attacher. Elle refuse de prendre la nourriture et une potion calmante. On se contente de lui appliquer un vésicatoire à la nuque et des ventouses à la région précordiale.

Ce délire agité, qui dura toute la nuit suivante, fit place le lendemain à un délire plus calme. Elle prévoit la mort ; mais elle ne veut pas mourir en laissant ses enfants derrière elle. Aussi a-t-elle résolu de les faire mourir avec elle et elle cherche différents moyens pour arriver à ce but.

Elle accuse quelqu'un de son entourage d'avoir violé sa fille ! puis elle prétend qu'une de ses amies raconte des malhonnêtetés sur son compte. Mais c'est surtout sa belle-sœur qui met en œuvre toutes ces cabales. Et cependant elle n'a rien vu ni entendu mais elle le sait tout de même. Bref elle part d'une idée fixe, d'une idée de persécution.

Cet état se prolongea pendant douze jours.

Ces symptômes furent améliorés par le bromure de potassium et la digitale. On peut alors amener la malade à l'hôpital Laënnec dans le service de M. le professeur Ball. Sous l'influence du même traitement les symptômes disparaissent rapi-

dement. L'excitation, les palpitations, l'œdème malléolaire cessèrent bientôt. Seul le souffle systolique persista.

Au bout de quinze jours la malade sortit de l'hôpital et reprit son service. Huit jours après elle fut reprise de palpitations, anxiété précordiale, vertiges, œdème malléolaire. En même temps les troubles intellectuels firent leur réapparition. Un nouveau traitement fut institué et la guérison momentanée survint.

Il faut dire qu'actuellement outre la lésion mitrale on constate une notable hypertrophie du cœur, ce qui explique sans toute l'amélioration de son état.

OBSERVATION X (Ball).

Délire à forme de démence

C'est une femme de soixante-quatre ans, entrée à Laënnec. Allures bizarres. Elle veut sortir ; la nuit elle se promène de long en large dans la salle en poussant des lamentations bruyantes ; le lendemain face vultueuse, lèvres cyanosées, céphalée occipitale intense ; on trouve à l'auscultation une double lésion mitrale.

Cette femme n'a jamais bu d'alcool mais elle a toujours été bizarre, en proie à des insomnies, à des rêves pénibles. Depuis trois mois elle a des accès d'agitation, parcourt la maison entière, pousse des cris aigus, déplore des pertes d'argent irréparables. La veille de son entrée à l'hôpital elle frappe sa bru, menace de la tuer et il est impossible de la garder à la maison.

Chaque fois qu'elle est menacée d'un accès elle prévoit la crise par de violents battements de cœur, des sueurs abondantes, un besoin de mouvement irrésistible ; on l'entend dire à ce moment : Je crois que ma tête va s'en aller. Le lendemain de son entrée à l'hôpital Sainte-Anne on est obligé de l'enfermer en cellule.

Sous l'influence de la digitale et des bromures elle redevient calme mais elle reste agitée et en proie à l'insomnie.

OBSERVATION XI (résumée)

(Dr Follet. — *Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest.* Rennes, 1898).

Rosalie C..., soixante-quinze ans, entre le 19 mars 1896 salle Sainte-Agnès n° 4 dans mon service à l'Hôtel-Dieu. C'est une personne calme d'esprit, d'humeur égale et douce ; elle n'éprouve aucune souffrance, elle est impotente du fait d'une enkylose du genou et le membre correspondant est légèrement œdématié ; elle porte une hernie épiploïque ombilicale sans entrave des fonctions digestives, elle ne tousse pas, l'auscultation révèle de l'œdème pulmonaire aux bases et de l'emphysème à la région sternale.

Pas de sucre ni d'albumine dans les urines. Cœur non augmenté de volume, mais souffle systolique mitral. Pouls petit, régulier. Cette insuffisance mitrale a toujours été compensée, il n'y a pas eu de crises d'asystolie.

Dans les premiers jours d'avril on observe un état infectieux caractérisé par une diarrhée abondante, toux fréquente, cya-

nose légère de la face, râles abondants dans la poitrine, température, insomnie absolue, nuits agitées. Subdélire le soir. Dès ce moment je constate l'apparition d'un bruit de piaulement qui coïncide avec le souffle mitral et se surajoute à lui.

Vers la fin d'avril les troubles respiratoires et intestinaux ont cessé mais le piaulement mitral a persisté avec le délire. Le caractère est profondément transformé, il devient agressif. Cette femme d'ordinaire très calme passe les jours et une partie des nuits à insulter grossièrement les gens qui l'entourent, la religieuse du service en particulier. Pendant des heures elle crie, s'agite, pousse des hurlements aigus ; elle rejette au loin ses couvertures, parle sans trêve le regard et le teint animés, les mains dans un état de trémulation incessante. Le fait de s'approcher d'elle provoque de sa part des menaces furibondes et une colère tout éphémère dont elle perd bientôt le souvenir. Elle confond les personnes et les choses, elle appelle M. Mincent, mon interne, du nom du médecin qui la soigna jadis et mort depuis longtemps, elle croit le reconnaître, elle lui sourit. Son délire est à certains moments systématisé. Pendant deux jours elle proteste qu'elle est innocente de l'accusation portée contre elle d'avoir calomnié son ancienne maîtresse. Les jours suivants chaque fois que l'interne s'approche de son lit elle l'appelle du nom de son gendre et lui fait de violents reproches sur son inconduite. Elle parle sans cesse de son logement qu'elle affirme être placé derrière la cloison voisine où elle menace de se retirer si on lui fait encore des piqûres de morphine. Malgré cela en l'interrogeant brutalement on obtient d'elle quelques « oui » ou « non » à propos sur des questions d'heure, de jour, de nuit, de repas. Mais les conceptions délirantes s'emparent d'elle aussitôt et l'attention ne peut se fixer d'avantage.

Bientôt elle a de l'incontinence des sphincters rectal et urétral, une eschare sacrée se développe. A partir du 10 juin le délire est tranquille, la malade se plaint de sa faiblesse et de son état pitoyable, une torpeur somnolente l'envahit le soir jusqu'au lendemain, l'eschare progresse rapidement et elle meurt le 24 juin.

A aucun moment on n'a eu l'asystolie et son cortège de symptômes. Le 19 juin, cinq jours avant la mort, on avait noté une hémiplégie gauche respectant la face avec œdème correspondant et phlyctènes noirâtres sur la main et avant-bras gauches.

Antécédents nuls. Fièvre typhoïde légère à quinze ans.

Autopsie. — Cerveau et annexes : Méninges congestionnées non hémorragiques. Sillonnées du côté gauche de veines turgescentes. L'artère méningée moyenne gauche est thrombosée sur 5 ou 6 centimètres. Hémisphères cérébraux durs sans œdème, pas de piqueté hémorragique. On ne trouve aucune tache, aucun foyer de ramollissement, aucun noyau hémorragique.

Artères du tronc basilaire athéromateuses. Bulbe, mœlle, cervelet intacts.

Cœur : Epaississement du ventricule gauche. Légère dilatation. Myocarde feuille morte. Le cœur droit est sain.

Cœur gauche : Calcification à l'implantation des valvules mitrales, à leur base noyaux durs épais et pierreux. Le bord libre des valves offre une lésion beaucoup plus récente : végétations mollasses d'un gris rosé.

Orifice aortique à pourtour athéromateux. Aorte et gros vaisseaux peu athéromateux.

Poumon : Bases congestionnées. Adhérences du sommet gauche. Emphysème des bords.

Foie : Non congestionné, pâle et graisseux.

Reins : Un peu mous mais ni sclérosés ni congestionnés.

OBSERVATION XII (Sauvet)

Délire furieux consécutif à une hypertrophie du cœur.

Etienne..., jeune soldat et ancien cordonnier, éprouve depuis qnatre ans des palpitations de cœur, il y a deux ans dans une ville du Midi où il tenait garnison ses palpitations augmentent tout à coup. Le soir du même jour éclate un délire avec fureur.

Transporté à l'hôpital de Nîmes on lui pratique une abondante saignée du bras droit : le soir la fureur était passée mais le délire existait encore. Le lendemain Etienne avait recouvré la raison et toute trace de délire avait disparu. En novembre 1844 il vint à Bar-le-Duc en congé. A la suite de copieuses libations les palpitations deviennent plus fortes et, dans la même nuit, le délire se manifeste de nouveau. Il est furieux, casse tout ce qui se trouve sous sa main. On le transporte dans un asile ; une première saignée générale calme son délire qui disparaît entièrement le lendemain après une application de dix sangsues dans la région précordiale.

OBSERVATION XIII (Sauceroth)

Délire religieux avec hydropisie générale par lésion organique du cœur.

M..., officier retraité, succomba à une hydropisie générale succédant à une lésion organique du cœur qui depuis longtemps s'était révélée par les signes propres à l'hypertrophie avec dila-

tation ventriculaire. A plusieurs reprises il a eu des exacerbations assez violentes dans sa maladie de cœur qui s'accompagnèrent deux ou trois ans avant sa mort d'un dérangement des facultés mentales, lequel ne se manifestait jamais qu'avec le redoublement des palpitations, de l'oppression et se dissipait avec elles.

En se rendant maître de ces accidents on rendait à l'intelligence sa lucidité ordinaire. M... était religieux. Des révélations intimes lui avaient appris, disait-il, des choses importantes pour le bonheur de la France. De là, mémoires, pétitions aux princes, etc., réflexions incohérentes, pensées sans suite sur les affaires publiques, la prospérité de l'Etat, les destinées du peuple juif, mille extravagances sur le Nouveau-Testament. Un jour il eut une vision. Il devait déposer entre les mains d'un prince de la famille royale, alors en séjour à Lunéville, une huile sainte qui devait assurer le bonheur de la dynastie et celui de la France. Il achète chez le pharmacien une fiole d'huile d'amandes douces et va attendre le prince sur son passage pour la lui remettre.

OBSERVATION XIV (personnelle)

Auguste L..., vigoureux et obèse, entre à l'hôpital Lariboisière salle Bazin, n° 12 dans le service de M. le Dr Tapret le 12 novembre 1905 pour une dyspnée intense. Il n'a jamais toussé ni craché, mais l'auscultation des poumons révèle de nombreux râles de congestion aux deux bases.

Au cœur on trouve à la pointe un souffle systolique énorme, en jet de vapeur et se propageant nettement dans l'aisselle. Le

pouls est petit et irrégulier, les artères sont dures, la temporale est sinueuse. Un peu d'albumine dans les urines. Pas d'antécédent alcoolique.

La face est cyanosée, les veines du cou sont turgescentes, les lèvres violacées, un peu d'œdème malléolaire.

On soumet le malade au traitement dès son entrée. Ventouses sèches et scarifiées en arrière au niveau des bases des poumons. La dyspnée diminue aussitôt mais les urines sont rares et ni la digitale ni la théobromine n'amènent aucune modification de ce côté. Au contraire l'œdème des membres inférieurs augmente et le 20 novembre la dyspnée recommence aussi intense qu'à l'entrée à l'hôpital.

22 novembre. — Eau-de-vie allemande : 15 grammes et 4 pilules de Lancereaux. On continue les pilules pendant quatre jours ; une véritable débâcle urinaire se produit, le malade rend par jour 4 à 5 litres d'urines claires et ne contenant pas d'albumine. L'œdème disparaît, la respiration est libre, le pouls est plus fort quoique irrégulier et le souffle mitral qui avait disparu est de nouveau très nettement perçu. Le malade se croit guéri et demande à se lever.

Cette amélioration se maintient jusqu'au 10 décembre. A ce moment le pouls se remet à faiblir ; les urines, dont la quantité journalière était à peu près normale, se font plus rares et le malade commence à délirer.

C'est d'abord un délire tranquille. L... est assis dans son lit les yeux vagues et sans expression, il ne s'agite nullement, il s'étonne seulement d'être à l'hôpital dans une salle de malades, il interroge tout le monde à ce sujet et au moment où nous l'approchons il nous demande très doucement si nous voudrions être assez aimable pour le renvoyer chez lui. La nuit, il est

peu agité mais ne peut dormir, il parle sans cesse et tient des propos sans suite et sans raison.

Le lendemain dès qu'il nous aperçoit, il nous appelle et nous pose la même question que la veille, il ne sait toujours pas où il est, il nous demande des médicaments qui le fassent grossir parce que dit-il il est d'une maigreur squelettique, il nous montre ses bras et ses cuisses, prétend qu'ils sont décharnés : ce qui est faux car il a conservé tout son embonpoint.

12 décembre. — Il a encore le même air hébété et nous demande sur un ton calme et le plus naturellement du monde ; « Est-ce que je suis malade » ? puis nous voyant sourire, il anime le ton de sa voix, il proteste d'être retenu malgré lui à l'hôpital où il n'a que faire disant que c'est injuste et qu'il va adresser une plainte en règle à l'administration. Puis il se calme, interpelle le personnel de la salle, lui fait des excuses, lui assure qu'il ne lui en veut pas et qu'il n'a jamais fait de mal à personne.

Cet état se prolonge jusqu'à la fin du mois à part de rares instants ou une partie de la raison semble revenir. Toutefois il faut noter que L... ne s'agite jamais, il est très loquace, déraisonne franchement, mais il ne se met jamais en colère ; il ne cherche pas à se lever, au contraire il est assis dans son lit l'air profondément désolé et dans un état de prostration extrême. Une seule chose le préoccupe du reste : c'est son propre état. De sa famille et de ses affaires il n'en parle jamais.

Pendant cette période le délire n'a cédé à aucun traitement : Digitale. Bromure. Régime lacté.

Dans les premiers jours de janvier, le malade n'urine presque plus. La constipation est opiniâtre, résiste aux purgatifs

drastiques et aux grands lavages de l'intestin. En même temps le délire devient plus agité. L... pousse des cris perçants sur un ton lamentable. Ces mots : « La mort, le ciel, l'enfer », reviennent le plus souvent surtout la nuit, les yeux sont hagards, le malade est assis sur son lit et vous regarde, l'air terrifiant, de temps à autre sa première idée revient le tracasser ! « Laissez-moi m'en aller, je ne suis pas malade » ou bien il s'écrie sur un ton déclamatoire ! « Mon fils m'a trahi comme les autres, tout le monde m'en veut », il ne peut plus trouver un instant de repos et encore moins de sommeil. Le bromure de potassium ne lui produit aucun effet. Le chloral le calme un peu, mais le délire persiste et le malade marmotte sans cesse des phrases sans suite.

Le pouls est petit et incomptable. On ne perçoit les bruits du cœur qu'avec difficulté. Les poumons sont congestionnés. Le foie augmente de volume rapidement, les membres inférieurs sont œdématiés, le malade est en pleine asystolie et se cachectise très rapidement.

Cet état dure quinze jours environ. La soif est ardente mais les urines ne renferment pas de sucre. Le 10 janvier le malade ne veut plus rien prendre, il refuse même la boisson ; il devient jaune, son haleine révèle une odeur de pomme de rainette et on trouve un peu de sucre dans l'urine. Le 15 janvier au soir il tombe dans le coma et meurt le 17 à 1 heure du matin sans avoir repris connaissance. La température n'a jamais dépassé 38 degrés.

Autopsie : Epanchement pleural double 1 litre environ. Pas d'adhérences des poumons.

Poumons : Congestion aux deux bases, un peu d'emphysème des bords.

Cœur : Enorme, véritable cœur de bœuf, pas de graisse. Taches laiteuses sur la face antérieure, sans adhérences du péricarde. Un verre à bordeaux de liquide jaune citrin s'écoule à l'ouverture du péricarde.

Ouverture du cœur. Ventricule gauche hypertrophié et dilaté. Teinte feuille morte. Valvule mitrale sclérosée et recroquevillée. Orifice mitrale très dilaté.

Valvules sigmoïdes saines. Orifice aortique sain : aorte normale sauf quelques plaques d'athérome. Cœur droit un peu dilaté mais orifices sains.

Foie gros, pâle et graisseux. Poids 1.700 grammes.

Reins normaux comme volume, un peu flasques et un peu congestionnés.

Cerveau : Plus dur que normalement. Artères du tronc basilaire un peu athéromateuses. A la coupe, substance corticale très congestionnée et même petit piqueté hémorragique. Pas de trace d'hémorragie ni de thrombose. Le liquide ventriculaire est très abondant.

OBSERVATION XV (personnelle)

Jeanne L... âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Louis, n° 26, dans le service de M. le Dr Tapret, le 31 janvier 1906 pour une dyspnée violente accompagnée de crachats sanglants.

Jeanne L..., ne se rappelle pas avoir eu de maladie sérieuse pendant sa jeunesse, pas de fièvre infectieuse ni de rhumatisme. Vers l'âge de douze ans, elle a commencé à être prise de dyspnée au moindre effort qu'elle faisait surtout lorsqu'elle marchait

un peu vite ou qu'elle courait. Puis peu à peu, à mesure qu'elle avance en âge cette dyspnée va sans cesse en augmentant. En même temps elle avait de rares hémoptysies ou plutôt ses crachats présentaient de temps en temps un léger filet de sang. Au moment de ses règles ces hémoptysies étaient plus violentes et s'accompagnaient de sensations très pénibles d'étouffements. D'autre part, la malade remarquait quelquefois qu'elle avait un peu d'œdème malléolaire et des jambes. Cet œdème cessait du reste en deux ou trois jours mais se reproduisait souvent et semblait coïncider avec ses étouffements.

Depuis deux ans, les crises de dyspnée ont été plus longues et plus prononcées ainsi que l'œdème. Le ventre lui-même augmentait de volume et cette ascite revenait également par crises.

Il y a quelque temps, en novembre dernier, ces symptômes prirent tout à coup beaucoup d'intensité, la dyspnée était pour ainsi dire continue s'accompagnant d'angoisse précordiale survenant par crises surtout la nuit. Le moindre effort jetait la malade dans un état d'angoisse inexprimable et ces jours derniers, effrayée par l'apparition de quelques crachats sanglants, elle vint pour entrer à l'hôpital.

A l'examen de la malade on trouve du côté des poumons, des râles de bronchite et des râles de congestion généralisée. Ces râles disparaissent à la suite d'application de ventouses, mais le 8 février on note des signes d'épanchement pleural à gauche.

A l'auscultation du cœur la pointe est déviée en dehors, la matité précordiale est notablement élargie, on perçoit un roulement diastatique avec dédoublement du deuxième bruit ayant son maximum un peu au-dessus du mamelon. La main appli-

quée sur la région précordiale, fait percevoir un frémissement artaire bien net qui confirme le diagnostic du rétrécissement mitral. Le pouls est brusque et de faible amplitude.

Le foie est légèrement augmenté de volume ; un peu d'ictère.

Rien du côté de l'appareil digestif.

Les urines très riches en urates révèlent un léger nuage d'albumine.

Mais ce qui nous intéresse dans l'histoire de cette malade, c'est que dès le lendemain de son entrée à l'hôpital, elle s'est mise à avoir du délire. Sans conscience de son état ni du lieu où elle se trouvait, elle restait couchée, anéantie, sans prononcer un mot. Dès qu'on l'interrogeait elle répondait par des mots bizarres sans suite, saccadés et n'ayant aucun rapport avec les questions qu'on lui posait. Dès qu'on cessait de lui parler elle retombait dans le même état, du reste pas d'agitation, pas de cris.

Délire tranquille, marqué surtout par une inconscience complète et une indifférence pour tout ce qui se passait autour d'elle. Cet état persista environ dix jours, puis sous l'influence de ventouses, de la digitale, du bromure et du régime lacté exclusif, sa lucidité revint peu à peu, en même temps que les autres symptômes morbides rétrocédaient. Se croyant guérie, elle voulut partir au Vésinet dans les premiers jours de mars. Là nous avons appris qu'elle avait été prise de nouveaux accidents avec délire, plus agitée que dans le service de Lariboisière et qu'elle était morte dans le coma.

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XVI (personnelle) (résumée).

Louise L...., âgée de soixante-six ans, entre à l'hôpital Laribosière, salle Louis, n° 12, dans le service de M. le Dr Tapret, le 8 août 1905.

C'est une malade qui depuis longtemps est en proie à de violents accès de dyspnée avec douleur rétro-sternale survenant par crises et ayant leur maximum d'intensité la nuit.

Au moment où elle entre à l'hôpital, elle est en pleine asystolie, le ventre est énorme et contient du liquide, les membres inférieurs et les grandes lèvres sont œdématiés, la face est congestionnée et tuméfiée. Le cœur est sourd et il est impossible de l'examiner sérieusement, le pouls est petit et incomptable.

Sous l'influence du repos, de la théobromine et de la digitale ces phénomènes d'asystolie disparaissent et l'examen du cœur révèle les signes d'une myocardite avec double lésion mitrale.

Ce qui frappe le plus dans l'histoire de cette malade, c'est que depuis son entrée à l'hôpital, elle n'a jamais cessé de faire du délire pendant et en dehors de ses crises d'asystolie.

Au début c'est un délire intermittent survenant surtout la nuit. Tout d'un coup Louise L... se met à pleurer bruyamment et sans motif apparent. Elle a des hallucinations : voit sa famille entourant son lit, lui demandant de ses nouvelles et s'empressant de lui donner des soins. Elle voit sans cesse son petit garçon qui, dit-elle, ne la quitte jamais, elle a peur de le voir mourir.

Dans les derniers mois de son existence, c'est-à-dire en octo-

bre, son état s'aggrave, elle a toujours le délire. Elle pleure sans cesse, voit des étoiles, parle à tout moment de Dieu, a une peur horrible d'aller en enfer. Elle parle des médecins à tout moment. Elle veut battre les infirmières, puis se met à pleurer, leur fait des excuses, mais garde toujours cette même idée que tout le monde lui en veut. Du reste, dans les derniers temps, elle est dans un état d'agitation indescriptible, elle ne peut rester une minute en place. Quitte son lit, se promène dans la salle en pleurant, vient se recoucher et se remet à pousser des cris perçants qui empêchent les autres malades de dormir.

Dans les derniers jours elle est surtout possédée de l'idée qu'on veut la faire mourir et refuse tout médicament sous prétexte que c'est du poison. Elle meurt le 18 décembre après vingt-quatre heures de coma et pour ainsi dire sans avoir présenté un moment de lucidité pendant son séjour à l'hôpital.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION XVII (Personnelle)

M... Irma, soixante-cinq ans. Lingère. Insuffisance et rétrécissement mitraux.

Pas d'alcoolisme. A fait une seule attaque de rhumatisme il y a quinze ans. Elle tombe malade en août 1903. Elle a des étouffements et un peu d'œdème malléolaire qui cèdent rapidement au traitement par la digitale.

Elle entre à Lariboisière le *9 août 1906*, salle Louis, service du Dr Tapret. Elle est en pleine asystolie, très cyanosée, les

jambes enflées. Le ventre est gros mais contient peu de liquide. On lui fait une saignée immédiatement et le soir elle urine un peu.

10 août. — La malade urine peu. Deux pilules de Lancereaux restent sans effet.

11 août. — Trois pilules de Lancereaux. Même état.

12 août. — Eau-de-vie allemande et une pilule. Selles et urines abondantes.

Le délire a commencé le 11 août à 9 heures du soir, c'est un délire calme avec phrases incohérentes et sans suite.

Le 12 le délire continue. La malade veut se lever et partir, elle envoie son mari regarder sous un lit, car elle y voit sa tabatière. Elle dit à la surveillante d'aller chercher un pantalon et une pièce d'étoffe qu'elle croit voir se balancer en face d'elle et qui l'empêchent de dormir. Elle prend une lampe électrique posée sur une table pour une bête. Elle reste très agitée toute la nuit de dimanche à lundi voyant sans cesse des bêtes autour d'elle. Elle se croit chez elle dans sa chambre, demande qu'on ouvre la fenêtre pour faire partir de la poussière qui l'étouffe.

13 août. — Au matin elle est plus calme et répond de façon presque lucide. Répète sans cesse qu'elle n'a mangé qu'un peu de soupe au lait, ce qui est faux puisqu'elle est à jeun.

Vers 10 heures, elle voit au pied de son lit un homme qui a les yeux fermés et une bête sur la table de nuit à côté d'elle. Puis jusqu'à 5 heures du soir elle raisonne mieux, se rend compte de son délire et de l'endroit où elle se trouve.

A 5 heures elle réclame du lait pour faire sa soupe comme tous les soirs, dit-elle. A l'infirmière qui vient près d'elle elle tient des propos incohérents. Le soir elle urine très abondamment.

A 8 heures elle demande un couteau, se fâche et veut frapper l'infirmière. A 10 heures 1/2 elle voit son mari à côté de son lit et demande à sa voisine de vouloir lui faire une place à côté d'elle afin qu'il puisse se coucher. Elle parle avec son mari et lui dit de demander un morceau de pain. Son délire dure ainsi toute la nuit.

14 août.— Au matin elle nous raconte ces choses avec une lucidité parfaite et ajoute : « Croyez-vous que c'est bête d'avoir eu des idées pareilles. » La journée se continue très bonne, mais le soir, vers 10 heures, elle est à nouveau agitée, veut se lever et s'en aller, elle pousse souvent des cris sur un ton lamentable.

15 août. — Son état est meilleur. Elle est lucide et urine bien.

16 août. — Son état est très mauvais, elle n'a plus de délire mais elle est pour ainsi dire dans le coma.

17 août. — Elle a de nouvelles hallucinations.

A partir de ce moment, elle passe par des alternatives de mieux et de pire, elle a souvent du délire. Elle urine régulièrement. Puis le 26 elle redevient calme et expire le 27 après un coma de quelques heures.

OBSERVATION XVIII (Cloetta)

Délire médicamenteux

Un homme de dix-huit ans (insuffisance mitrale et hydrothorax) prend depuis quinze jours sans aucun résultat une infusion chaude de digitale de 0 l. 50. Puis soudain une nuit il est

pris de délire aigu avec agitation maniaque, coïncidant avec une ampleur et ralentissement du pouls (48 par minute), alors que la veille on trouvait 100 pulsations. La peau est refroidie, les pupilles dilatées, pas de vomissements, pas de diarrhée, pas de diurèse.

Après quatre jours de cet état les symptômes s'amendent et une abondante diurèse se produit.

OBSERVATION XIX (Duroziez)

D..., soixante et onze ans, entre le 24 mai, meurt le 30 août. Dilatation de l'aorte et insuffisance mitrale. Il prend quatre ou cinq granules de poudre de digitale pendant un mois. Le 25 juin il déraisonne depuis trois jours. Le pouls 36 par minute) est géminé ; on cesse la digitale.

26 août. — Langue sèche, pouls géminé. Le 28, il ne divague plus et les morts qu'il voyait autour de lui se sont évanouis.

Plus tard on reprend la digitale, mais il meurt au bout de deux jours de traitement.

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront brèves et d'une façon générale on peut résumer ainsi :

1° On peut rencontrer au cours des maladies du cœur des troubles psychiques en général passagers et bénins tant que la lésion cardiaque est peu avancée et que les organes suffisent encore à leur tâche ;

2° Ces troubles sont caractérisés :

α) Chez les aortiques par de l'irritabilité, du nervosisme, une tendance aux colères et aux violences ;

β) Chez les mitraux par un abattement profond, une inertie intellectuelle considérable, une tendance aux idées tristes et à l'hypochondrie ;

γ) La valeur des troubles psychiques se base au point de vue diagnostique sur leur coïncidence avec les exacerbations de la maladie du cœur elle-même ;

δ) Etant donnée la fréquence des maladies du cœur ces troubles sont rares ;

3° La folie cardiaque est rare, et les observations publiées à ce sujet, sauf quelques cas bien nets, semblent malheureusement peu probantes ;

4° Le délire peut se rencontrer à toutes les périodes de la maladie, mais c'est l'exception ; il est surtout

une manifestation ultime et son apparition est liée à celle de l'asystolie. Il paraît donc dans ces cas reconnaître une origine nettement toxique et son pronostic est en quelque sorte irrévocable ;

5° Enfin si l'on passe au crible toutes les observation parues sur cette question on voit que là plutôt que partout ailleurs le rôle des prédispositions a une importance capitale, il faudra toujours tenir compte de l'hystérie, la neurasthénie, l'épilepsie, l'acoolisme ; toutes ces névroses et ces déchéances organiques dont le retentissement sur le cerveau est pour ainsi dire fatal.

Vu : le Président de la thèse :

DEBOVE

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Corvisart. — Traité des maladies du cœur, 1806.

Nasse. — Archiv. f. med. Tkigotn und Zeitsch, 1818.

Guislain. — Traité des maladies mentales, 1826.

Sauceroth. — Influence des maladies du cœur sur les fonctions intellectuelles et morales de l'homme, 1844.

Burrous. — On desorders of the cerebral circulation, 1852

Morel. — Maladies mentales, 1852.

Falret. — Leçons cliniques de médecine mentale, 1854.

Griesinger. — Maladies mentales, 1865.

Marcé. — Maladies mentales, 1862.

Raynaud. — Art. : Cœur du Dict. Méd. et Chir. prat., 1868.

Faure. — Influence du rhumatisme sur le caractère (Arch. médecine, 1871).

Burmars. — Heart disease and ursanity. In the West Riding Lunatic Asylum medical reports, 1873.

Duroziez. — Délire et coma digitaliques. Gaz. de méd. et Chir., 1874.

Schœfer. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1875.

Vulpian. — Digitale. Journal de l'Ecole de médecine, 1875.

Cloetta. — Revue des Sciences médicales, 1878. Digitale, 1875.

Wilkowsky. — Des affections cardiaques chez les aliénés. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1875.

Dufour. — Notes sur les altérations du cœur, du foie, du rein chez les aliénés. Annales médico-psychologiques, 1876.

Peter. — Cliniques médicales, 1877.

Armaingaud. — Sur une relation pathogénique entre les maladies du cœur et l'hystérie chez l'homme. Mémoires de la Société de Méd. et de Chirurgie de Bordeaux, 1878.

Fagart. — Recherches sur les propriétés physiologiques de la Digitale. Thèse de Paris, 1878.

Hirtz. — De quelques manifestations centrales dans les maladies du cœur. Thèse de Paris, 1877.

Cesbron. — Thèse de Paris. Congestion et anémie dans les maladies du cœur, 1878.

Limbo. — Thèse de Paris. Contribution à l'étude des encéphalopathies d'origine cardiaque, 1878.

Sée (Germain). — Traité des maladies du cœur, 1879.

Cullere. — Marseille médical, 1880.

Muratti. — Thèse de Paris, 1880. Troubles mentaux dans l'asystolie.

Duriez. — Thèse de Paris. Troubles cérébraux dans les maladies du cœur, 1879.

Fabre. — La folie dans les affections cardiaques. In : Relations pathogéniques des troubles nerveux, 1880.

D'Astros. — Thèse de Paris. Etude sur l'état mental et les troubles psychiques des cardiaques, 1881.

Fauconneau. — De la folie cardiaque. Thèse de Paris, 1890.

ROULLAND. — Poitou médical. Folies dites cardiaques, 1er juillet 1890.

BIGNON. — Thèse de Paris. Accidents cérébraux et en particulier des accidents psychiques dans les maladies du cœur, 1880.

HARRIGHTON et DOUTY. — The Lancet, 1885.

JACCOUD. — Sur deux cas de cardiopathie. Cliniques de la Pitié, 1880.

BALL. — Cliniques de l'Asile Sainte-Anne (Médecine Moderne, 1890).

FOLLET. — Bulletin scientifique et médical de l'Ouest, 1898.

MERKLEN. — Cerveau cardiaque.

DUCAMP. — Montpellier médical, 1891. Etudes sur la toxicité urinaire des cardiaques.

HUCHARD. — Traité clinique des maladies du cœur et des vaisseaux. Cerveau cardiaque (Bul. médical, 1891), 1893.

TOURNIER. — Revue générale de clinique et de thérapeutique. Recherches sur la toxicité urinaire dans les affections aortiques, 1891.

HUCHARD. — Revue générale de thérapeutique. Diagnostic de l'insuff. hépatique, 1891.

POTAIN. — Clin. médicale de la Charité, 1894.

SOUGET. — Traité de l'insuff. hépatique.

ACHARD. — Etudes sur la perméabilité rénale.

Imp. de la Faculté de Médecine BONVALOT-JOUVE, 15, rue Racine, Paris.